XXme CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES

PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXe CONGRÈS

DES

Médecins Aliénistes et Neurologistes

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Bruxelles-Liége, 1er au 8 août 1910



VOLUME II

publié par le Dr O. DECROLY, Secrétaire général

COMPTES RENDUS



BRUXELLES

IMPRIMERIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE L. SEVEREYNS

34, RUE BOTANIQUE, 34

1911



PRÉLIMINAIRES

BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'honneur :

M. SCHOLLAERT, Ministre de l'Intérieur et de l'Agriculture de Belgique.
M. DE LANTSHEERE, Ministre de la Justice de Belgique.
M. le Baron DESCAMPS, Ministre des Sciences et des Arts de Belgique.
M. BEAU, Ministre de France à Bruxelles.

Vice-présidents d'honneur

M. BECO, Gouverneur du Brabant.
M. DELVAUX DE FENFFE, Gouverneur de Liége.
M. MAX, Bourgmestre de Bruxelles.
M. KLEYER, Bourgmestre de Liége.
M. CARTON DE WIART, Président du Groupe XXII de l'Exposition de Bruxelles.
M. VELGHE, Directeur général au Ministère de l'Intérieur de Belgique.
M. DE LATOUR, Directeur général au Ministère de la Justice de Belgique.
M. VAN OVERBERG, Directeur général au Ministère des Sciences et des Arts.

BUREAU DU CONGRÈS

Président belge :

M. le Dr CROCQ (de Bruxelles)

Président français :

M. le Dr KLIPPEL (de Paris)

Vice-président belge :

M. le Dr GLORIEUX (de Bruxelles)

Vice-président français :

M. le Dr DENY (de Paris)

Secrétaire général.

M. le Dr DECROLY (de Bruxelles).

Secrétaires-adjoints :

MM. les Drs GEERTS et DENIS COULON (de Bruxelles).

COMITÉ LIÉGEOIS

Président : M. X. FRANCOTTE, professeur à l'Université de Liége.
Secrétaire : M. L'HOEST, médecin en chef de l'Asile Sainte-Agathe.

LISTES DES DÉLÉGUÉS

Ministère de l'Intérieur de France

M. Granier, Président du Comité des Inspecteurs généraux des services administratifs.

M. le Docteur Roubinovitch, Médecin en chef de Bicêtre.

Service central de santé du Ministère de la Marine de Francs

M. le Docteur Bertrand, Médecin général de 1re classe, Inspecteur général du service de santé de la marine.

M. le Docteur Roux-Freissineng, Médecin secrétaire du Conseil supérieur de santé.

Ministère de la Guerre, France

M. le Professeur Simonin, Professeur au Val-de-Grâce.
M. le Docteur Binet, Sanglé.

Conseil général du département de la Seine

M. le Docteur Navarre, Conseiller municipal de Paris, Conseiller général de la Seine.

Préfecture de la Seine

M. le Docteur Trénel.

Service de l'Infirmerie spéciale du dépôt de Paris

M. le Docteur Dupré, E., Agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin adjoint de l'Infirmerie spéciale.

Ministère de l'Intérieur

M. Velge, Directeur général.
M. Voituron.

Ministère des Colonies de Belgique

M. le Docteur Van Campenhout, Professeur à l'Ecole de Médecine coloniale.

M. le Docteur Carré.

Service de l'hygiène du Ministère de l'Agriculture

M. le Docteur Voituron.

Conseil provincial de la province de Liége

M. Delvaux de Fenffe, Gouverneur de la Province,

Administration communale de Schaerbeek

M. le Docteur Vandenven, Chef du service communal des aliénés.

Académie royale de Médecine

M. le Docteur Lentz, Médecin honoraire des Asiles de l'Etat, Membre titulaire.
M. le Docteur Masson, Professeur de psychiatrie à l'Université de Louvain, Secrétaire perpétuel.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille

M. le Docteur Charmeil, Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
M. le Docteur Ingelrans, Agrégé, chargé du cours des maladies du système nerveux.
M. le Docteur Raviart, chargé du cours de médecine mentale théorique et pratique.

Faculté de Médecine de Montpellier

M. le Docteur Mairet, Professeur à la Faculté.

Université libre de Bruxelles, Faculté de Médecine

M. le Docteur Spehl, Professeur à la Faculté de Médecine.
M. le Docteur Deboeck, Professeur de psychiatrie.

Faculté de Médecine de l'Université de Liége

M. le Docteur Francotte, Professeur de médecine mentale.

Société de Neurologie de Paris

M. le Docteur Klippel, Président du XXe Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

Société de Psychiatrie de Paris

M. le Docteur Arnaud, Médecin-Directeur de la Maison de santé de Vanves (Seine).
M. le Docteur Dupré, Médecin des hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale, Paris.
M. le Docteur Vallon, Médecin de l'Asile clinique Sainte-Anne de Paris.
M. le Docteur Deny, Médecin à la Salpétrière, Paris.

Société clinique de Médecine mentale de Paris

M. le Docteur TRENEL, Médecin en chef des asiles de la Seine (Asile de Maison-Blanche, Seine-et-Oise).
M. le Docteur FILLASSIER, à Paris.

Société Médico-Psychologique de Paris

M. le Docteur BRIAND, Médecin en chef de l'Asile de Villejuif.
M. le Docteur DUPRÉ, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.
M. le Docteur PICQUÉ, Chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine.

Société d'Hypnologie et de Psychologie de Paris

M. le Docteur J. VOISIN, Médecin honoraire de la Salpétrière
M. le Docteur BÉRILLON, Médecin inspecteur des asiles.
M. le Docteur P. FAREZ, Rédacteur en chef de la *Revue de Psychothérapie.*
M. le Docteur TARRIUS, Médecin de la Maison de santé.

Société Médicale des Asiles d'aliénés de la Seine

M. le Docteur TRENEL, Médecin en chef de l'Asile de Maison-Blanche.

Société de pathologie comparée (Paris)

M. le Docteur DEMONCHY, de Paris, Professeur à l'Ecole de Psychologie, Paris.

Société Médicale de Patriciens (Paris)

M. le Docteur FOVEAU DE COURMELLES, Président d'honneur.

Société de Pathologie exotique (Paris)

M. le Docteur THIROUX, Médecin-major de 1re classe des troupes coloniales, Directeur du laboratoire de bactériologie de Saint-Louis, Sénégal.
M. le Docteur MARTIN, Médecin-major des troupes coloniales.

Société de Médecine légale

M. le Docteur VALLON, Médecin de l'Asile clinique de Sainte-Anne, à Paris.

Société des Sciences médicales de Poitiers

M. le Docteur RAVARIT, Agrégé, chargé du cours des maladies mentales à l'Université de Lille, Médecin des asiles.

Société de Médecine du département du Nord

M. le Docteur Ingelrans, chargé du cours des maladies nerveuses à l'Université de Lille, Médecin des hôpitaux.

M. le Docteur Raviart, Agrégé, chargé du cours des maladies mentales à l'Université de Lille, Médecin des asiles.

Société de Médecine mentale belge

M. le Docteur Maere, Médecin en chef de l'Asile du Strop, à Gand Président.

M. le Docteur Meeus, Médecin en chef de la Colonie de Gheel.

M. le Docteur Massaut, Médecin en chef de la Colonie de Lierneux, Secrétaire de la Société.

Société belge de Neurologie

M. le Docteur d'Hollander, Médecin adjoint de l'Asile de Mons, Président de la Société.

M. le Docteur Boulenger, Médecin de la Colonie de Lierneux, Secrétaire de la Société.

M. le Docteur Debray, Médecin neurologiste, à Charleroi.

Société de Médecine publique

M. le Docteur Boulangier, Médecin aliéniste à Bruxelles.

M. le Docteur Peeters, Inspecteur des asiles, Gheel.

Société de Médecine de Gand

M. le Docteur Morel, Médecin en chef retraité de l'Asile de Mons.

Union Médicale de la Province de Namur

M. le Docteur Masoin, Médecin de l'Asile de Dave.

Société belge de Pédotechnie

M. le Docteur Ley, Médecin en chef de l'Asile du Fort Jaco.

M[lle] De Gand, Professeur à l'Institut d'enseignement spécial.

Ligue Patriotique contre l'Alcoolisme

M. le Docteur Deboeck, Professeur à l'Université de Bruxelles.

LISTE DES ADHÉRENTS

Dr ABADIE, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, 3, rue des Trois Conils, Bordeaux.

Dr ANDRIEU, 45, rue de la Grande Horloge, Agen (Lot-et-Garonne).

Dr ANTHEAUME, Médecin chef honoraire de Charenton, 6, rue Scheffer, Paris.

Dr ARCHAMBAULT, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, 32, rue de l'Hospitalité, Tours.

Dr ARMAND SIXTO, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Oviedo

Dr ARFARIES, Directeur de l'Asile d'aliénés, Syra, Grèce.

(Espagne).

Dr ARNAUD, Médecin-Directeur de la Maison de santé de Vanves (Seine), 2, rue Fabret.

Dr ARSIMOLES, Médecin adjoint des asiles publics, Asile St-Venant (Pas-de-Calais).

Dr Prof. ASCHAFFENBURG, Stadtwaldgürtel, 30, Cologne-Lindenthal.

Dr AUBRY, Médecin adjoint, Asile de Maréville, Nancy.

Dr AUDEMARD, Médecin des asiles, inspecteur des asiles privés, 343, avenue de Saxe, Lyon.

Dr BALLET, Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, 39, rue du Général Foy, Paris.

Dr BARUCH, Directeur-Médecin de l'Asile départemental de l'Orne, Alençon.

Dr BARACOFF, 61, rue Denfert Rochereau, Paris.

Dr BAUDRON, Médecin des asiles d'aliénés, Yosnes (Loir-et-Cher).

Dr BAYET, Professeur à l'Université de Bruxelles.

Dr BECO, Professeur de clinique médicale à l'Université de Liége, 25, rue Beeckman, Liége.

Dr BECUE, Asile de Montpellier, Montpellier.

Dr BEDUSCHI, Privat docent de clinique des maladies nerveuses, 20, Via Senato, Milan.

Dr BELLAT, Directeur-Médecin en chef, Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).

Dr BEESAU, Médecin en chef de l'Asile du Sacré-Cœur pour femmes aliénées, 53, rue Surmont, Ypres.

Dr BERIEL, Médecin des hôpitaux, 18, rue Bât d'Argent, Lyon.

Dr BERILLON, Médecin inspecteur des asiles d'aliénés, Professeur à l'Ecole de Psychologie, 4, rue Castellane, Paris.

Dr BERTOYE, Médecin de la Maison de santé du Verbe incarné, 81, rue des Maisons-Neuves, Lyon-Villeurbaune.

Dr BERTRAND, Délégué du Ministère de la Marine, Paris.

Dr BONJOUR, 5, avenue du Simplon, Lausanne.

Dr BIENFAIT, Médecin adjoint de l'Asile, boulevard d'Avroy, Liége.

Dr BINET-SANGLE.

Dr BLOCH, 196*bis*, rue Michel Bizot, Paris.

Dr BLONDEL, 16*bis*, boulevard Morland, Paris.

Dr BOECKMANS, Médecin principal de la Colonie de Gheel.

Dr BOULENGER, Médecin à la Colonie de Lierneux.

Dr BOUR, Médecin-Directeur de la Maison de santé de Rueil, place Bergère, 5, Rueil (près Paris).

Dr BOUSSAVIT, Amiens.

Dr BRUSSELMANS, Médecin en chef de l'Asile de Malines.

Dr BUSSARD, Médecin de la Maison de santé de St-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly.

Dr BUTTGENBACH, Médecin-Directeur de la Maison de santé de Glain lez-Liége.

Dr CAHUZAC, Médecin-Major, 75, rue Nogent, Rosny-sous-Bois (Seine).

Dr CAMUS, Médecin-Adjoint de Bicètre, 55, quai de Bourbon, Paris.

Dr CARRE, 73, chaussée de Vleurgat, Bruxelles.

Dr CARRIER, Médecin en chef de l'Asile de St-Jean-de-Dieu, 192*bis*, route de Vienne, Lyon (Rhône).

Dr CARPENTIER, Professeur à l'Université de Bruxelles.

Dr CASSE, Membre titulaire de l'Académie de Belgique.

Dr CHARDON, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Armentières, 14, rue Denis Papin, Armentières.

Dr CHARPENTIER, Chef de clinique à la Faculté de Paris, Médecin adjoint des Asiles publics d'aliénés, 6, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine.

CHARPENTIER, Avocat, 6, rue Ernest Cresson, Paris.

Dr CHARTIER, Médecin du Sanatorium de Boulogne s/Seine, 145, route de Versailles, Boulogne s/Seine.

Dr CHARUEL, Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne.

Dr CHAUMIER, Directeur de la Maison de santé de Champvert, 71, Chemin des Grandes Tennes, Lyon.

Dr CHENAIS, Médecin en chef de l'Etablissement hydrothérapique d'Auteuil, 12, rue Boileau, Paris.

Dr CHERVIN, 82, avenue Victor Hugo, Paris.

Dr CHEVALIER LAVAURE, Médecin de l'Asile public d'Auch.

Dr CHOCREAUX, Médecin en chef de la Maison de santé de Lommelet par Lille.

Dr Prof. CLAPAREDE, 11, rue Champel, Genève.

Dr CLAUDE, 11*bis*, rue du Cirque, Paris.

Dr CLERFAYT, Médecin-Directeur de l'Asile des aliénés de l'Etat, à Mons.

Dr COMANOS PACHA, Président de la Société Khédivale de Médecine, Le Caire.

Dr CONILL, Directeur du Sanatorium du Bon Sauveur, Asile Nueva-Belen, Barcelone.

* Dr CORIN, Professeur à l'Univers'té de Liége.

Dr COULON, Médecin-Assistant à la Maison de santé d'Uccle, 230, chaussée d'Alsemberg, Uccle.

Dr COULONJOU, Médecin adjoint de l'Asile d'aliénés, Toulouse.

Dr COURTELLEMONT, Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine d'Amiens, 14, rue Porte Paris, Amiens (Somme).

Dr COUSOT, Membre titulaire de l'Académie de Médecine, Dinant.

Dr COURJON, Médecin de l'Asile de Meyzieux.

Dr CRINON, 12, ruè Sarrette, Paris.

Dr CROCQ, Médecin en chef de l'Asile d'Uccle, 62, rue Joseph II, Bruxelles.

Dr CROUSTEL, Directeur-Médecin de l'Asile départemental d'aliénés, Lesvellec près Vannes (Morbihan).

Dr CRUCHET, 31, rue Ferrère, Bordeaux.

Dr CROUZON, 12, rue du Commandant Rivière, Paris.

Dr CULLERRE, Médecin-Directeur honoraire de l'Asile d'aliénés, 27, rue de Strasbourg, Nantes.

Dr CUYLITS, Médecin en chef de l'Asile d'Evere-Bruxelles, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles.

Dr DADAY, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Privas (Ardèche).

Dr DARDEL, Directeur de la Maison de santé de Préfargier, canton de Neuchatel (Suisse).

Dr DAVEZAC, 54, rue St-Sernin, Bordeaux.

Dr DE BOECK, Jean, Professeur de psychiatrie à l'Université, rue de la Loi, Bruxelles.

Dr DE BRAY, Auguste, boulevard Audent, Charleroi.

Dr DE CRAENE, Médecin-adjoint à l'Asile Sainte-Anne, Courtrai.

Dr DE CRAENE, Médecin-adjoint à l'Hôpital Saint-Pierre, 21, rue Breydel, Bruxelles.

Dr DE CROLY, Directeur de l'Institut d'enseignement spécial, Uccle-Stalle, chef du service des enfants arriérés à la Policlinique de Bruxelles.

Dr D'HOLLANDER, Président de la Société de Neurologie, Mons.

Dr DIERYCK, rue des Chiens, Ypres.
Dr DE KERDREL, Montferra (Isère).
DELVAUX DE FENFE, Henry, Gouverneur de la Province de Liége.
Dr DEMOOR, L., Médecin en chef de l'Hospice Guislain, Gand.
Dr DEMONCHY, Professeur à l'Ecole de psychologie, 113, boulevard Beaumarchais, Paris.
Dr DENY, Médecin à la Salpêtrière, Paris.
Dr DEPERON, Professeur à l'Université Nouvelle, Bruxelles.
Dr DE RODE, Médecin aliéniste des prisons, Inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés, 5, rue Jean Stas, Louvain.
Dr DEROITTE, ancien Médecin de la Colonie de Gheel, 188, avenue Albert, Bruxelles.
Dr DEROUBAIX, Médecin en chef de l'Asile des aliénés, à Froidmont.
Dr DESGUIN, Membre titulaire de l'Académie de Médecine, Anvers.
Dr DESTELLA, Professeur à l'Université de Gand.
Dr DEVAY, 30, rue de la République, Lyon.
Dr D'OELSNITZ, avenue Victor Hugo, Nice.
Dr DROUINEAU, 31, rue La Noue, La Rochelle.
Dr DE STROZEWSKI, Constantin, 4, rue Krueza, Varsovie (Pologne).
Dr DUBOIS, Médecin en chef de l'Asile Sainte-Marie, 6, avenue de l'Observatoire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Dr DUCHATEAU, Médecin en chef de l'Asile Caritas, Melle-Gand.
Dr DUPAIN, Médecin en chef de l'Asile de Vaucluse par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Dr DUPOUY, Maison nationale de Charenton, 37, Grand'Rue, Saint-Maurice (Seine).
Dr DUPRE, Agrégé, Médecin des Hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale, 17, rue Ballu, Paris.

Dr EEMAN, Professeur à l'Université de Gand, 8, quai des Récollets, Gand.
Dr ESQUERDO Y SAEZ, Médecin, sous-directeur de l'Asile de Esquerdi, Calle de Santa Catalina, 12, Madrid.

Dr FAMENNE, Médecin du Ménabille, Florenville.
Dr FAREZ, Rédacteur en chef de la *Revue de Psychothérapie*, boulevard Haussmann, Paris.
Dr FAURE, La Maulou-les-Bains (Hérault).
Dr FAVORSKI, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université impériale à Kasan (Russie).
Dr FERNANDES, 13, avenue Galilée, Bruxelles.
Dr FERON, 11, rue de Florence, Bruxelles.

Dr FEUILLADE, 83, rue de la République, Lyon.
Dr FILASSIER, 3, rue Edouard Detaille, Paris.
Dr FOREL, Professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich, Yvorne (Suisse).
Dr FORTINEAU, Chef des travaux de bactériologie à l'Ecole de Médecine de Nantes, 67, rue de Rennes, Nantes.
Dr FOVEAU DE COURMELLES, 26, rue du Chateaudun, Paris.
Dr FRANÇOIS, Médecin militaire, Audenarde.
Dr FRANCOTTE, Professeur à l'Université de Liége, 15, quai de l'Industrie, Liége.

Dr GARNIER, Dijon.
Dr GEERTS, Médecin-adjoint de l'Asile du Dépôt de Bruxelles, 206, chaussée de Gand, Bruxelles.
Dr GELMA, Médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, 3, quai de l'Horloge, Paris.
Dr GIRAUD, Chef du laboratoire de la Faculté de Médecine, 181, avenue de Saxe, Lyon.
Dr GIRMA, Directeur-Médecin honoraire des asiles de Pau, 8, rue Taylor, Pau.
Dr GLORIEUX, Inspecteur des asiles du Royaume, 36, rue Jourdan, Bruxelles.
Dr GOEDERTIER, Médecin-adjoint de l'Asile St-Benoit, Lokeren.
Dr GONNET, Médecin-adjoint des asiles publics, 12, avenue de l'Observatoire, Paris.
GRANIER, Délégué du Ministre de l'Intérieur, 47, rue Boileau, Paris.
Dr GRANJUX, 17b, quai Voltaire, Paris.
Dr GRASSET, Professeur à l'Université, 6, rue J.-J. Rousseau, Montpellier.
Dr GRËATER, 48, Birmannsgasse, Bâle.
Dr GUDER, 66, route du Chêne, Genève.
Dr GUELTON, 11, rue Malibran, Bruxelles.

Dr HALIPRE, 32, rue de l'Ecole, Rouen.
Dr HAMEL, Médecin de l'Asile, Sotteville lez-Rouen (Seine-Inférieure).
Dr HAURY, Médecin-Major au 106e régiment d'infanterie, 24, avenue Sainte-Ménehould, Châlons-sur-Marne.
Dr HARTENBERG, 64, rue Monceau, Paris.
Dr HASKOVEC, Perlova, Prague.
Dr HATTINBERG, Widenmeierstrasse, Munich.
Dr HENRIJEAN, Professeur à l'Université de Liége.
Dr HERCOUET,, 64, chaussée de l'Etang, Saint-Mandé.

Dr HEYMANS, Professeur à l'Université de Gand.

Dr HOFFLING, Médecin en chef de l'Asile de Henry-Chapelle, Welkenraedt).

Dr HYPOLITTE, Lauréat de la Faculté, Médecin des Hôpitaux, 11, rue des Michottes, Nancy.

Dr IOTEYKO, Chef du laboratoire de psychologie à l'Université de Bruxelles.

Dr ISEBAERT, Vichte.

Dr JACQUIN, Médecin en chef des asiles publics, Asile Ste-Madeleine, à Bourg (Ain).

Dr JANET, Pierre, Professeur au Collège de France, 54, rue de Varennes, Jaris.

Dr JOIRE, Professeur à l'Institut psycho-physiologique, 42, rue Gambetta, Lille.

Dr JONES, Langham Hôtel, Londres.

Dr JOURDAN, Médecin-Directeur de la Rugnière St-Marcel, Marseille.

Dr JUDE, 34, quai Claude Bernard, Lyon.

Dr KAHN, Chef de clinique-adjoint à la Faculté de Paris, 11, rue Boissière, Paris.

Dr KAM, Médecin de l'Asile de Merenberg (Harlem, Hollande).

Dr KLIPPEL, Médecin des Hôpitaux, 20, rue Grenelle, Paris.

Dr LAGRANGE, 6, rue Alienor d'Aquitaine, Poitiers.

Dr LAGRIFFE, Quimper (Finistère, France).

Dr LAIGNEL-LAVASTINE, Médecin des Hôpitaux de Paris, 45, rue de Rome, Paris.

Dr LALANNE, Médecin-Directeur de la Maison de santé de Castel d'Andaste-Le Baiscar (Gironde).

Dr LALLEMANT, Directeur de l'Asile des aliénés de St-Yon, St-Etienne du Rouvroy.

Dr LANNOIS, Professeur à la Faculté de Médecine, rue Emile Zola, Lyon.

Dr LARRIVE, Médecin.

Dr LARUELLE, Médecin en chef de la Maison de santé de Glain, 2, rue du Méridien, Bruxelles.

Dr LE CUZIAT, Médecin en chef de l'Asile de Begard.

Dr LEGRAS, Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, 7, rue Saulnier, Paris.

Dr LE MAITRE, Médecin en chef de l'Asile des Frères de St-Jean-de-Dieu, rue de Condé, Leuze.

Dr LEPINE, Médecin de l'Asile d'aliénés du Rhône, 1, place Gailleton, Lyon.

Dr LERI, 38, avenue Hoche, Paris.

Dr LEVASSORT, Médecin de l'Asile du Bon Sauveur, rue Marthe le Rochois, 7, Caen.

Dr LEVY, P.-E., rue de Prony, Paris.

Dr LEVY, J., 62, rue de la Boëtie, Paris.

Dr LEY, Médecin en chef de l'Asile du Fort Jaco, avenue Foestraat, Uccle.

Dr LHERMITTE, Chef de laboratoire à la Faculté, 7, rue du Bouador, Paris.

Dr L'HOEST, Médecin en chef de l'Asile Sainte-Agathe, 20, rue Basse Wez, Liége.

Dr LONG, 6, rue Constantin, Genève.

Dr LOY, Médecin-Directeur du Sanatorium « L'Abri », Montreux-Territet (Suisse).

Dr MABILDE, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Selzaete.

Dr MABILLE, Henry, Médecin en chef de l'Asile de Lefond, La Rochelle.

Dr MAERE, Président de la Société de Médecine mentale belge, place du Marais, 16, Gand.

Dr MAGNAN, Membre de l'Académie de Médecine, rue Cabanes, Paris.

Dr MAIRET, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, 10, avenue des Stands, Montpellier.

Dr MALBERTI, Via Jisu del Monte, Cristina, 38, Habana.

Dr MALFILATRE, Médecin de l'Asile de St-Lizier (Ariège).

Dr MARTIN, Médecin-major des troupes coloniales, Pontivy, Morbihan.

Dr MARTINEZ, Président du Corps de médecine légale à Madrid.

Dr MARIN, Directeur du Fort Jaco, Uccle.

Dr MARINESCO, Professeur à l'Université, 29, St. Salculor, Bucarest.

Dr MASIUS, Professeur émérite de l'Université de Liége, rue Beckmann, Liége.

Dr MASOIN, Professeur à l'Université de Louvain, 17, Marché aux Poissons, Louvain.

Dr MASOIN, Médecin en chef de l'Asile de Dave, 134, avenue des Acacias, Jambes.

Dr MASSAUT, Directeur de la Colonie d'aliénés, Lierneux.

Dr MATHIEU, rue de l'Académie, Liége.

Dr MEDEA, Professeur, Via Gioberti, 9, Milan.

Dr MEEUS, Médecin-Directeur de la Colonie de Gheel.

Dr MEIGE, Secrétaire permanent du Congrès des aliénistes et neurologistes, 10, rue de Senne, Paris.

Dr MEILHOZ, Directeur-Médecin en chef de l'Asile de Quimper.

Dr MENDELSOHN, ancien Professeur à l'Université de Saint-Pétersbourg, 49, rue de Courcelles, Paris.

Dr MENZERATH, Docteur en philosophie, attaché à l'Institut de sociologie Solvay, Bruxelles.

Dr MICHOTTE, Professeur à l'Université de Louvain, Bruxelles.

Dr MILITECIU, Craiova (Roumanie).

Dr MINOR, Professeur, Sobiansky Projext, 5, Moscou.

Dr MIRALLIE, Professeur à l'Ecole de Médecine, 11, rue Copernic, Nantes.

Dr MOELLER, Membre titulaire de l'Académie de Médecine de Belgique, 1, rue Montoyer, Bruxelles.

Dr MOLES, sous-directeur de l'Asile Nueva Belen, Barcelone.

Dr MOREL, ancien Directeur de l'Asile de Mons, boulevard Léopold, Gand.

Dr MOULAERT, Médecin en chef de l'Asile St-Julien, rue du Nord-Sablon, Bruges.

Dr NIEL, rue du Mont Grand, Marseille.

Dr NUEL, Professeur à l'Université de Liége, rue Louvrex, 28, Liége.

Dr NYSSEN, Médecin assistant de l'Asile d'aliénés d'Henri-Chapelle, Welkenraedt.

Dr OBERTHUR, Médecin-chef de l'Etablissement hydrothérapique d'Auteuil, 12, rue Boileau, Paris.

Dr OLLIVIER, Médecin en chef de l'Asile de Lehon, Dinan.

Dr OTTEN, Médecin principal de l'Hospice pour femmes aliénées, rue du Sel, St-Trond.

Dr PAGE, Médecin-Directeur de la Maison de santé de Bellevue, 19, rue Potagères, Bellevue.

Dr PAILHAS, Albi.

Dr PAPADAKI, Directeur de la villa Sismondi, Genève.

Dr PARANT, Médecin-Directeur de la Maison de santé de St-Cyprien, 17, allée de Garonne, Toulouse.

Dr PARHON, Docent de la clinique des maladies nerveuses, 50, rue Polona, Bucarest.

Dr PARIS, Médecin en chef de l'Asile Mareville, 10, rue St-Lambert, Nancy.

Dr PAVIOT, Auxerre.

Dr PAUL-BONCOUR, Médecin en chef de l'Institut médico-pédogogique, 164, Faubourg St-Honoré, Paris.

Dr PEETERS, Inspecteur des asiles du Royaume, Gheel.

Dr PEETERS, 99, rue d'Allemagne, Bruxelles.

Dr PELLETIER, Ancien chef de service des aliénés de la Seine, 14, rue Cambacérès, Paris.

Dr FRANCISCO DE PAULA PEREIRA FAUSTINO, Nitéroi, Est. do Rio, Brésil.

Dr PERIES, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Montauban.

Dr PIC, Professeur à la Faculté de Médecine, 43, rue de la République, Lyon.

Dr PICHENOT, Médecin en chef honoraire, Buxy (Seine-et-Oise).

Dr PICQUE, Chirurgien en chef des asiles d'aliénés, 81, rue Saint-Lazare, Paris.

Dr PILLEYRE, Médecin-Directeur, Asile de Prémontré, Prémontré.

Dr POROT, Médecin de l'Hôpital civil français de Tunis.

Dr PRZEDNIEVICZ, 9, rue Juliette Lambert, Paris.

Dr RAOULT-DESLONCHAMPS, rue La Bruyère, Paris.

Dr RAVIART, Médecin à l'Asile d'Armentières.

Dr RAVARIT, Médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés, 17, rue Boucennes, Poitiers.

Dr RAYMOND, Professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Paris, 156, boulevard Hausmann, Paris.

Dr RAYNEAU, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Orléans.

Dr REGIS, Professeur de psychiatrie à la Faculté de Médecine, 154, rue St-Servin, Bordeaux.

Dr RICHET, Paris.

Dr RINGENBACH, Aide-Major des troupes coloniales, 11, quai Nezin, Chambery (Savoie).

Dr RITTI, Médecin en chef honoraire de la Maison de Charenton, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil.

Dr ROBINOVITCH, Louise, 28, West, 126th St., New-York.

Dr ROMMELAERE, Président du Conseil d'administration de l'Université de Bruxelles.

Dr ROOTSAERT, Médecin en chef à l'Asile St-Dominique, 5, quai des Marbriers, Bruges.

Dr ROSE, 21, avenue Victor Hugo, Paris.

Dr RUCH, Vevey.

Dr ROUBINOVITCH, Médecin de l'Hospice de Bicêtre, 115, Faubourg, Poissonnière, Paris.

Dr ROUBY, Directeur de la Maison de santé d'Alger, St-Eugène, Alger.

Dr ROUSSY, Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, 31, avenue d'Antin, Paris.
Dr ROUX FREISSINENG, Délégué du Ministre de la Marine, Paris.
Dr RYNENBROECK, Directeur de la Maison de santé, 2, chaussée d'Alsemberg, Uccle.

Dr SAINTON, Chef de clinique à la Faculté, rue Marguerite, 17, Paris.
Dr SANO, Médecin en chef de l'Asile dépôt, Anvers.
Dr SANTE DE SANCTIS, Prof. de psychologie expérimentale, 83, Via Terme, Roma.
Dr SCHOKAERT, Professeur à l'Université de Louvain.
Dr SCHILLER, Inspecteur scolaire, Rua Marquez de Olinda, Rio-de-Janeiro.
Dr SCHNEIDER, rue Mon Bijou, Berne.
Dr SEMELAIGNE, Médecin-Directeur de la Maison de santé de St-James, avenue de Madrid, Neuilly s/Seine.
Dr SICARD, Agrégé, Médecin des hôpitaux, 195, boulevard Saint-Germain, Paris.
Dr SIMONIN, Professeur de médecine légale au Val-de-Grâce, 5, rue du Faubourg St-Jacques, Paris.
Dr SIMONENA, Catedratico de clinica medica de la Universitad central, Orellana, 7, Madrid.
Dr SOLLIER, Médecin du Sanatorium de Bologne s/Seine, 145, route de Versailles, Boulogne s/Seine.
Dr STROEHLIN, Interne des hôpitaux de Paris, Quincy sous-Iénart par Brunoy (Seine-et-Oise).
Dr SUTTEL, Médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés, Le Puy (Haute-Loire).
Dr SWITALSKI, rue Fauska, Lemberg (Galicie, Autriche).

Dr TARRIUS, Directeur de la Maison de santé d'Epinay s/Seine, 6, avenue de la République, Epinay.
Dr TATS, Médecin-Directeur de la Maison de santé de la rue Charonne, 161, Paris.
Dr TEMMERMAN, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Duffel.
Dr TEUGELS, 51, rue des Arbalétriers, Malines.
Dr THIROUX, Directeur du laboratoire de bactériologie de St-Louis Senegal, 129, boulevard de la Reine, Versailles.
Dr THOMSEN, Professeur, Bonn.
Dr THOMAS, rue de Chaillot, 75, Paris.
Dr THOORIS, rue Neuve de Gand. 41, Bruges.
Dr TOY, Médecin en chef des asiles publics d'aliénés d'Aix (Provence).

Dr TRENEL, Médecin en chef des asiles de la Senne, Maison-Blanche, Neuilly s/Marne.
Dr TREPSAT. Médecin-adjoint des asiles privés, 14. rue Boissy d'Anglas, Paris.
Dr TRUELLE, Médecin-Directeur de l'Asile de Moisseles (Seine-et-Oise).

Dr VAN WART, Baron Street, 124, Nouvelle-Orléans.
Dr VALLEJO, Calle Gerona, 86, Barcelone (Espagne).
Dr VALLON, Médecin de la clinique Sainte-Anne, rue Cabanès. Paris.
Dr VANDENVEN, Médecin de service des aliénés de la commune de Schaerbeek, rue Vandermersch, 63, Bruxelles.
Dr VAN CAMPENHOUT, Professeur de médecine à l'Ecole tropicale de Bruxelles, rue Marie-Thérèse, Bruxelles.
Dr VANDERVLOET, rue Vehe, 45, Anvers.
Dr VAN DUYSE, Professeur à l'Université de Gand, 65, rue Basse des Champs, Gand.
Dr VAN ERP-TALMAN, Directeur du Sanatorium pour maladies nerveuses, Kip, Arnhem.
Dr VAN LAERE, Médecin en chef de l'Asile de Sainte-Anne, Courtrai.
Dr VAN VELSEN, Directeur de l'Institut hypnotique, rue Royale, 270, Bruxelles.
Dr VERHOOGEN, Professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, 22, rue Joseph II, Bruxelles.
Dr VIEL, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés du Bon Sauveur, à Pont-l'Abbé, Ficauville.
Dr VIGOUROUX, Asile Vaucluse, à Vaucluse (Manche).
Dr VOGT, Magdeburgstrasse, 16, Berlin.
Dr VOIVENEL, Chef de clinique à la Faculté, 21, rue de la Fonderie, Toulouse.
Dr VREBOS, Médecin en chef de l'Asile de Cortenberg.
Dr VURPAS, Médecin de Bicêtre, 161, rue de Charonne, Paris.
Dr WALLAERT, Médecin à Courtrai.
Dr WLADYCZKO, Agrégé de l'Académie impériale militaire de médecine à St-Pétersbourg, Bathinskaja, 9, St-Pétersbourg.
Dr WAHL, Médecin en chef de l'Asile de Pontorson.

Asile d'Armentières (Nord, France).
Asile de Bailleul, route d'Ypres (Nord, France).
Asile de Blois (Loire-et-Cher, France).
Asile de Bracqueville près Toulouse (France).
Asile de Clermont (Oise, France).
Asile de Dury-les-Amiens (France).

Asile d'Evreux (Eure, France).
Asile de Maréville près Nancy (France).
Asile de Maison-Blanche, Neuilly s/Marne (France).
Asile de Naugeat, Limoges (France).
Asile de Pierrefeu (Vard, France).
Asile de Vaucluse, Epinay s/Orge (France).
Asile départemental des aliénés de Quimper (Finistère, France).
Asile départemental de Rennes (France).
Asile public de la Haute-Garonne (France).
Asile St-Gemmes (Maine-et-Loire, France).
Asile Sainte-Marie, Clermont de-l'Oise (France).
Asile St-Robert, St-Egrève (Isère, France).
Asile St-Lizier (Ariège, France).
Bibliothèque de l'Asile de Villejuif, Seine (France).
Colonie d'Ainay-le-Château (France).
Colonie de Chezal Benoît (France).
Ligue patriotique contre l'alcoolisme (Belgique).
Gouvernement du Canada, Commission des expositions.
Société de Médecine publique (Belgique).
Société des Médecins serbes.

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme ARNAUD, 2, rue Fabres, Vanves (Seine).
Mlle Jeanne ARNAUD, 2, rue Fabres, Vanves (Seine).
Mlle Françoise ARNAUD, 2, rue Fabres, Vanves (Seine).

Mme BARUC, Alençon.
Mme BELLA, Breuty-la-Couronne (Charente).
M. BELLA fils, Breuty-la-Couronne (Charente).
Mme BERILLON, 4, rue Castellane, Paris.
Mlle G. BERTOYE, 1, rue des Maisons-Neuves, Lyon-Villeurbaune.
Mlle T. BERTOYE, 81, rue des Maisons-Neuves, Lyon-Villeurbaune.
M. P. BERTOYE, interne des hôpitaux de Lyon, 81, rue des Maisons-Neuves, Lyon-Villeurbaune.
M. Maurice BERTOYE, 81, rue des Maisons-Neuves, Lyon-Villeurbaune.
Mme BLOCH, 196*bis*, rue Meihel Bizot, Paris.
M. BLOCH fils, 196*bis*, rue Michel Bizot, Paris.
Mme BOUSSAVIT, Amiens.
M. BOUTHELIER, Pharmacien, Lorient.
Mme BOUTHELIER, Lorient.

Mme CAHUZAC, 75, rue Nogent, Rosny-sous-Bois (Seine).
Mme CHARON, Dury-les-Amiens, Amiens.

M. CHARTIER, 145, route de Versailles, Boulogne.
Mme CHARUEL, Châlons-sur-Marne.
Mlle CHARUEL, Châlons-sur-Marne.
Mme CLAUDE, 11, rue du Cirque, Paris.
M. CHAUMIER, Etudiant, Chemin des Grandes Tenes, Lyon.
M. COUSIN, 44, rue Sainte, Marseille.
M. COUSIN fils, 44, rue Sainte, Marseille.
Mme CRINON, 12, rue Sarette, Paris.
Mme CROCQ, rue Joseph II, Bruxelles.
Mlle Edith CROCQ, 62, rue Joseph, II, Bruxelles.
Mlle Ghislaine CROCQ, 62, rue Joseph II, Bruxelles.
Mlle Denise CROCQ, 62, rue Joseph II, Bruxelles.
Mme CROUSTEL, Lesvellec par Vannes (Morbihan).
Mme CRUCHET, 31, rue Ferreri, Bordeaux.

Mme DADAY, Privas.
Mlle DEGAND, Professeur à l'Institut d'enseignement spécial, 2, Chemin du Vossegat, Uccle.
Mme DEMONCHY, 113, boulevard Beaumarchais, Paris.
M. R. DE KERDREL, Montferrat.
Mme D'OELSTNITZ, avenue Victor Hugo, Nice.
M. DUBOURDIER fils, St-Gemmes-sur-Loire.
Mme DUBOURDIER, St-Gemmes-sur-Loire.

Mme FAMENNE, Florenville.
Mme FEUILLADE, 83, rue de la République, Toulouse.
Mme FILASSIER, rue Edouard de la Taille, Paris.
M. FONTAINE, rue de la Fonderie, Toulouse.
Mme FRANÇOIS, Audenarde.
M. FAUCONNIER, Etudiant, 15, quai de l'Industrie, Liége.

Mme GARNIER, Dijon.
Mlle GARNIER, Dijon.
Mlle GUDER, 66, route de Chêne, Genève.
Mme GUELTON, rue Malibran, Bruxelles.

Mme HASKOVEC, Perlova, Prague.

Mlle HICARD, Châlons-sur-Marne.
Mlle KOHLER, Clara, Villa Sesmondi, Genève.è

Mme LAGRANGE, rue Aliénor d'Aquitaine, Poitiers.
Mme LAIGNEL-LAVASTINE, 45, rue de Rome, Paris.
Mme LEPINE, place Gailleton, Lyon.
M. LERI, Jules, 38, avenue Hoche, Paris.

Mme LEVASSORT, 7, rue Marthe Le Rochois, Caen.
Mme LHERMITTE, 27, rue du Bocador, Paris.
M. LOUIS, Gaston, 38, avenue Hoche, Paris.

Mlle MARTINEZ, Madrid.
Mme MEDEA, via Gioberti, 9, Milan.
Mme MEIGE, 10, rue de Seine, Paris.
Mme MENDELSOHN, 49, rue de Courcelles, Paris.
M. MEYER, Jacques, 38, avenue Hoche, Paris.
M. MONESTIER, Interne de l'Asile d'Auch, Auch.

M. NASSER, Bourgargental (Loire).
Mme NIEL, rue du Mont-Grand, Marseille.

Mme OBERTHUR, 3, rue Boileau, Paris.
Mlle OBERTHUR, 12, rue Boileau, Paris.

Mme PAILHAS, Albi.
Mme POROT, Tunis.
Mme PIC, 43, rue de la République, Lyon.
Mlle PIC, 43, rue de la République, Lyon.
Mme PRZEDNIESWICZ, rue Juliette Lambert, Paris.
M. PUILLET, Interne à l'Asile de Brou, 9, rue Bonald, Lyon.

Mme RAVARIT, rue Boncenne, Poitiers.
Mme REGIS, 154, rue St-Servin, Bordeaux.
Mme ROUBINOVITCH, 115, Faubourg Poisonnière, Paris.

Mlle SACHER, Le Puy.
Mme SCHNYDER, Berne.
M. SEMELAIGNE, Etudiant, 16, avenue de Madrid, Neuilly.
Mme SOLLIER, 145, Porte de Versailles, Boulogne s/Seine.
M. SPATZ, 75, Bergheimersstr., Heidelberg.
Mme STROEHLIN, Quincy-sous-Sénart par Brunoy.
Mme SUTTEL, Le Puy.
M. SUTTEL, Le Puy.
Mme SWITALSKI, rue Panska, Lemberg (Galicie, Autriche).

Mme TARRIUS, 6, avenue de la République, Epinay s/Seine.
Mlle TARRIUS, 6, avenue de la République, Epinay s/Seine.
M. TARRIUS fils, 6, avenue de la République, Epinay s/Seine.
Mme THIROUX, 129, boulevard de la Reine, Versailles.
Mme VALLON, rue Cabanès, Paris.
Mlle VASSAL, Saint-Jean-d'Angely.
Mme VOGT, Berlin.
Mme VOIVENEL, 21, rue de la Fonderie, Toulouse.

XIXe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

Session de Nantes, Août 1909

—

Compte rendu financier de la session

par M. Mirallié, Secrétaire Général

Recettes

Membres adhérents et Asiles : 195 à 20 francs	fr.	3,900.—
Membres associés : 50 à 10 francs		500.—
Subvention de la Ville		300.—
Don particulier		500.—
Total des Recettes	fr.	5,200.—

Dépenses

A. Organisation et réception :		
Papiers divers, cartes, bulletins, affranchissements .... frs.	468.15	
Réception offerte par le Congrès	545.90	
Subvention à l'Hospice de Pen Bron	100.00	
Cinématographe Gaumont	95.40	1,209.45
B. Publications scientifiques :		
Rapport Parant .... fr.	566.55	
Rapport Granjux	245.00	
Rapport Raynaud	352.20	
Rapport Sainton	336.90	1,666.25
C. Volumes du Congrès :		
350 Volumes	1,822.20	
Corrections	165.60	
Affranchissements, surcharges, corrections.	437.00	2,259.20
Total des dépenses fr.		5,134.90
Excédent des recettes fr.		65.10

Caisse de réserve du Congrès

1° Solde créditeur en dépôt chez MM. Masson et Cie, Editeurs, relevé du 9 juillet 1910 .... fr. 949.10

2° Cent cinquante francs de Rente française 3 %.

L'ensemble représente un capital de réserve d'environ 5,900 frs.

STATUTS DU CONGRÈS

But, siège et composition du Congrès

Un Congrès de médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année, dans une ville de France ou des pays de langue française.

Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion de questions concernant la psychiâtrie, la neurologie, la médecine légale et l'assistance des aliénés.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est au minimum de quatre jours qui, autant que possible, sont consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, une l'après-midi.

En outre, des visites sont faites aux Asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les psychiâtres et les neurologistes. Des excursions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés.

Les membres adhérents doivent être médecins, français ou étrangers. Ils paient un cotisation de vingt francs pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire et des rapports et des comptes rendus de la session.

Les délégués des administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres adhérents, mais ne paient pas de cotisations.

Les asiles d'aliénés peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ces cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les membres associés se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers. Ils paient une cotisation de dix francs pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès; mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour les voyages ou excursions.

Chaque session comporte:

Un Président, qui était Vice-Président à la session précédente;

Un Vice-Président, qui deviendra de droit Président de la session suivante.

Un Secrétaire général.

Le Président et le Secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un Comité d'organisation local.

Le projet d'organisation d'une session doit être soumis à l'approbation du Comité permanent du Congrès.

Comité permanent

Le fonctionnement des sessions successives du Congrès est assuré par un Comité permanent (décision de l'Assemblée générale du XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Lille, 1906).

Ce Comité permanent se compose de neuf membres, savoir :

Le Président de la session.

Le Vice-Président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du Congrès l'année suivante).

Six membres élus par l'Assemblée générale du Congrès, renouvelables par tiers tous les deux ans, et non immédiatement rééligibles.

Un Secrétaire-trésorier permanent.

Le Comité permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois l'an.

Une réunion a lieu à Paris, au mois d'avril, dans laquelle le secrétaire permanent soumet au Comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le Président et le Secrétaire général de la prochaine session assistés, s'il y a lieu, d'un Comité d'organisation local.

Ce projet, une fois approuvé par le Comité permanent, le Président et le Secrétaire général de la session procèdent à son organisation.

En cas de modifications à ce projet, le Secrétaire général informe le Secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du Comité permanent.

Une seconde réunion du Comité permanent a lieu au début des travaux du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité permanent, sous la présidence du Président de la session actuelle, est assisté par :

Le Vice-Président et le Secrétaire général de la session ;

Les Présidents et Secrétaires généraux des Congrès antérieurs ;

Le Comité permanent ayant recueilli, pendant l'année, les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des rapports, le siège des sessions ultérieures, etc., en donne communication dans cette réunion, dont les membres choisissent, parmi les différentes propositions, celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générales du Congrès.

Assemblée Générale

L'Assemblée générale du Congrès se réunit pendant les travaux de la session.

Elle se compose de tous les membres adhérents et est présidée par le Président de la session, assisté du Secrétaire général de la session et des membres du Comité permanent.

Le Secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion.

Le Président soumet aux votes de l'Assemblée générales les propositions concernant :

1° Le siège de la prochaine session ;

2° Le Vice-Président de la prochaine session, lequel deviendra de droit Président deux ans plus tard ;

3° Le Secrétaire général de la prochaine session ;

4° Les questions qui feront l'objet des rapports à la prochaine session et les noms des Rapporteurs proposés.

Tous les deux ans (années paires), l'Assemblée générale est appelée à élire deux membres du Comité permanent en remplacement de deux membres sortants désignés par tirage au sort.

Il est dressé un procès-verbal signé par le Président et le Secrétaire général de la session.

Les élections du Vice-Président de la prochaine session et celles des membres du Comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

Ouverture du Congrès. — Séance solennelle d'ouverture. — Constitution du Bureau

L'ouverture du Congrès a lieu le matin du premier jour de la session par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le Président de la Session.

Après les allocutions des personnalités officielles, le Président du Congrès prononce un discours d'ouverture.

La première séance des travaux du Congrès se tient l'après-midi du premier jour.

La Présidence et la Vice-Présidence des séances sont assurées par le Président et le Vice-Président de la session actuelle.

Ces derniers, assistés du Secrétaire-général, constituent le bureau du Congrès. Ils désignent des Présidents d'honneur choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des Présidents de séances choisis parmi certains membres adhérents, présents au Congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le Bureau, ainsi constitué, a la direction des travaux du Congrès.

Le Président ou le Vice-Président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les différents Présidents d'honneur.

Le Bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances qui peuvent être dédoublées; il veille à l'application du règlement et prend, pendant la durée du Congrès, telles décisions nécessitées par les circonstances.

Il est procédé aussi à la désignation des Secrétaires des séances. Ceux-ci, sous la direction du Secrétaire général et du Secrétaire permanent, sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discusssions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le Secrétaire général dans ses différentes fonctions, pendant la durée du Congrès.

Rapports

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante:

1° Une question de psychiâtrie;

2° Une question de neurologie;

3° Une question de médecine légale ou d'assistance des aliénés, alternativement.

Pour chaque question le Congrès désigne un rapporteur.

Exceptionnellement, il peut être désigné deux rapporteurs pour une même question.

Les manuscrits des rapports doivent être remis au Secrétaire général deux mois au moins avant l'ouverture du Congrès.

La longueur de chaque rapport ne doit pas dépasser 60 pages d'impression, condition absolue. Les figures ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du Secrétaire général, d'accord avec le Secrétaire permanent.

Chaque rapporteur fait un résumé oral de son rapport à la séance fixée par le programme du Congrès.

La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser 30 minutes.

Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au Bureau du Congrès.

La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions.

La durée de la discussion pour chaque auteur qui y prend part ne doit pas excéder 15 minutes.

Chaque membre du Congrès qui prend part à la discussion doit remettre au Secrétaire général, avant la fin du Congrès, le texte résumé, destiné à figurer dans le volume des comptes rendus.

Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Communications et discussions

Les membres adhérents du Congrès peuvent faire une ou plusieurs communications orales sur des sujets concernant la psychiâtrie, la neurologie, la médecine légale ou l'assistance des aliénés.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser 15 minutes.

Les titres des communications doivent être adressés au Secrétaire général quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au Secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le Secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires.

La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux Congressistes au début de la séance. C'est seulement quand cette liste est épuisée et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance.

Lorsque les communications doivent être accompagnées des présentations de pièces, de coupes, d'appareils, ets., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le Secrétaire général qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Des résumés des communications doivent être adressées au Secrétaire général au plus tard 15 jours avant l'ouverture du Congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur feuillets détachés et distribués aux membres du Congrès dans la séance où ont lieu ces communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser une page d'impression, titre compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents.

Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au Secrétaire général au plus tard deux mois et demi après la session. Passé ce délai, les auteurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications.

Les communications *in extenso* ne doivent pas dépasser six pages d'impression.

Les figures ou planches sont aux frais des auteurs.

Les communications dont ni un résumé, ni le texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au Secrétaire général à la date prescrite, ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus.

Toutefois, dans ce cas, le Secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des compte rendus un résumé recueilli par lui-même ou les Secrétaires des séances.

Les dispositions précédentes sont également applicables aux discussions soulevées par les rapports ou les communications diverses.

Dans la publication des travaux du Congrès, le Secrétaire général, peut être appelé à demander aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions.

En cas de difficulté, le Secrétaire général avise le Secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une décision du Comité permanent.

COMPTES RENDUS

DES SÉANCES

XXme CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

de France et des pays de langue française

SESSION DE BRUXELLES, AOUT 1909

Séance d'Ouverture

LUNDI 1er AOUT (MATIN)

La session s'est ouverte le lundi 1er août, à 10 heures du matin, dans la salle de Milice de l'Hôtel de Ville de Bruxelles. L'assistance était très nombreuse et comprenait, indépendamment des membres français habituels, un certain nombre de personnalités belges, suisses, roumaines, italiennes, allemandes, espagnoles, russes, etc. On remarquait au bureau M. le comte d'Arschot, délégué du Roi; M. Velghe, délégué du Gouvernement belge; M. de Latour, délégué du Ministre de la Justice; M. Beau, Ministre de France; MM. Granier et Roubinovitch, délégués du Ministre de l'Intérieur de France; MM. les Drs Simonin et Binet-Sanglé, délégués du Ministre de la Guerre de France; MM. les Drs Bertrand et Roux-Freissineng, délégués du Ministre de la Marine de France; M. le Dr Carré, délégué du Ministre des Colonies de Belgique; M. le Dr Voituron, délégué du Ministre de l'Intérieur de Belgique.

M. Velghe prend la parole, au nom de M. Schollaert, chef du cabinet belge :

Mesdames, Messieurs,

Chargé par M. le Ministre de l'Intérieur et de l'Agriculture de le représenter à la séance solennelle d'ouverture du XXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, j'apprécie hautement l'honneur qui m'échoit de pouvoir, au nom du Gouvernement, saluer les savants éminents, réunis en cette assemblée, et souhaiter la bienvenue à tous, spécialement à MM. les Congressistes étrangers.

Ceux-ci ont bien voulu nous apporter les trésors de leurs connaissances et le fruit de leur expérience. Je m'empresse de leur adresser à ce sujet — et je crois pouvoir le faire au nom de tous mes compatriotes présents à cette réunion, — l'expression de notre vive reconnaissance.

Depuis le jour, presque contemporain, où la science de la neurologie a pris naissance, elle a rapidement étendu son champ d'action dans le domaine illimité des sciences médicales. Dans tous les pays civilisés, des spécialistes se sont formés et ont fait de la neurologie et de la psychiâtrie l'objet de leurs études et de leurs recherches.

La Belgique n'est pas restée en arrière de ce mouvement.

Indépendamment de l'Académie de médecine et des Sociétés savantes que ces études ne pouvaient laisser indifférentes, deux associations, la Société de médecine mentale et la Société belge de neurologie, ont fait de ces questions nouvelles l'objet de leurs préoccupations constantes.

La Société de médecine mentale publie un bulletin périodique et, grâce à l'initiative de votre vaillant président, qu'on retrouve toujours sur la brèche, le *Journal de Neurologie* s'est fondé en 1895.

A des reprises diverses, les associations précitées ont voulu, par la réunion de Congrès, provoquer un mouvement afin d'intéresser tout le public médical à leurs recherches et de promouvoir une science dont l'importance et la complexité ne cessaient de grandir de jour en jour.

Je citerai, à titre d'exemple, le Congrès de phréniatrie et de neuropathologie qui s'est tenu à Anvers en 1885, le Congrès international de neurologie de Bruxelles, en 1897, et les Congrès belges de neurologie et de psychiâtrie qui se sont succédé à Liége en 1905 et à Bruxelles en 1906.

Je ne crois pas devoir vous rappeler que votre XIII[e] Congrès s'est tenu à Bruxelles en 1903.

La décision que vous avez prise, de choisir une seconde fois Bruxelles comme siège de vos assises, constitue un hommage rendu aux efforts tentés par un grand nombre de spécialistes belges.

Mais, tout en soulignant, non sans un certain sentiment de fierté, l'activité de ces compatriotes éminents, je m'en voudrais à moimême et je serais injuste envers cette grande nation amie que S. Ex. M. le Ministre Beau représente parmi nous, si je ne m'empressais de reconnaître la part prépondérante qu'ont eue les savants français dans le développement et je dirai même dans la découverte de la science de la neurologie.

L'étendue de cette science, la complexité des problèmes qu'elle soulève, vous ont fait comprendre, Messieurs, la nécessité de vous assembler régulièrement pour mettre en commun les résultats de vos études, pour suivre de près les théories nouvelles, pour en discuter la valeur et les conséquences.

Et c'est ainsi qu'aujourd'hui vous inaugurez votre vingtième session !

Je formerais volontiers le vœu que celle-ci soit, comme ses aînées,

couronnée de succès, si le sort de vos réunions antérieures ne me permettait de m'avancer davantage. Je dirai donc que, grâce à l'activité inlassable de votre Comité d'organisation, grâce à l'intérêt primordial des questions à l'ordre du jour et à l'autorité des spécialistes qui ont accepté de les traiter, grâce aux communications aussi nombreuses que variées qui nous sont annoncées, grâce surtout, Messieurs, à votre collaboration à tous, la réussite de votre Congrès apparaît ,non comme une espérance fondée, mais comme une certitude absolue.

Au milieu de tant de Congrès qui, cette année, s'assemblent à Bruxelles, plus nombreux que jamais, le vôtre, Messieurs, n'aura sans doute pas le don d'attirer l'attention du grand public. Vos travaux sont, en effet, confinés dans une partie très spéciale du domaine des sciences médicales. Il en résulte que le nombre de ceux à même de les suivre est fatalement très restreint!

Et cependant, combien les questions que vous agitez, présentent d'importance pour l'humanité! Bien que ressortissant à la science pure, vos études et vos débats ont une portée considérable au point de vue de l'individu, au point de vue de la famille et de la société, au point de vue de l'avenir même de la race!

Aussi n'est-il pas étonnant que les Pouvoirs publics se fassent un devoir de suivre et d'encourager vos travaux! Comment pourraient-ils s'en désintéresser alors que l'accroissement du nombre d'aliénés entraîne pour eux des charges considérables? alors que les relations entre l'alcoolisme et la folie, d'une part, la criminalité, d'autre part, soulèvent des problèmes de responsabilité que les législateurs et les juristes n'osent aborder qu'avec la plus grande circonspection? alors qu'une affection aussi terrible que la maladie du sommeil est de nature à compromettre l'avenir d'une colonie que nous devons au génie éclairé de ce grand Roi que fut Léopold II?

C'est ce qui explique, Messieurs, que notre Souverain actuel, le Roi Albert, ait daigné accorder son Haut Patronage à votre Congrès et que trois Ministres en aient accepté la présidence d'honneur.

Si les circonstances n'ont permis à aucun d'eux d'assister à cette séance solennelle, M. le Ministre de l'Intérieur m'a toutefois chargé de vous dire l'intérêt tout spécial que le Gouvernement porte à vos travaux.

Messieurs, le programme du Congrès comprend la visite d'un certain nombre d'asiles d'aliénés et, en outre, une série d'excursions qui vous promèneront depuis nos Ardennes pittoresques jusqu'aux plages ravissantes de notre littoral.

Je puis vous assurer, Messieurs les Congressistes étrangers, que partout où vous irez, vous rencontrerez le même accueil hospitalier.

Notre plus vif désir à tous est, qu'en parcourant notre sol, vous ne vous aperceviez pas que vous avez passé la frontière, mais qu'au contraire, au milieu de nous, vous ayez constamment l'impression d'être encore « chez vous ».

M. Beau, ministre plénipotentiaire de France, prend ensuite la parole pour exprimer aux Congressistes tout l'intérêt que le Gouvernement de la République porte à leurs travaux.

M. Granier, Inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'Intérieur, se félicite d'être appelé à porter au Congrès les souhaits du Président du Conseil dans cette capitale du royaume aimé où fraternisent dans une longue et brillante prospérité les arts et les siences.

Les aliénistes et neurologistes de France devaient à Bruxelles une visite de remerciements pour l'accueil qu'ils y ont déjà reçu. Si les récents travaux de M. le Dr Klippel avaient pu lui faire oublier les applaudissements qu'y obtinrent sa communication sur l'Histoire de la paralysie générale, le Congrès a eu le soin de le lui rappeler en l'appelant à sa Présidence. Son collègue dans ces fonctions, M. le Dr Crocq suspend des recherches qui lui sont toujours chères et qui lui ont valu une réputation scientifique si étendue et si méritée pour se consacrer aux soins d'une hospitalité dont nous avons déjà goûté l'intimité et le charme.

L'empressement et l'autorité des rapporteurs promettent pour ce Congrès des résultats dignes des précédents et, j'ose le dire, dignes du haut patronage dont S. M. le Roi des Belges a bien voulu l'honorer.

M. le Professeur Simonin, chef de la mission militaire française, prononce ensuite l'allocution suivante :

Messieurs les Ministres,
Messieurs les Présidents,
Messieurs et très honorés Confrères,

Pour la seconde fois, M. le Ministre de la Guerre de France me fait le très grand honneur de me déléguer officiellement au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes dont s'ouvre aujourd'hui, dans la terre hospitalière de Belgique, la vingtième réunion.

Pour mieux accentuer tout l'intérêt que vos travaux lui inspirent, et reconnaître aussi l'aimable accueil que reçut l'an dernier à Nantes la médecine militaire française, il a bien voulu m'adjoindre un de nos très distingués collègues, M. le médecin-major de première classe Binet-Sanglé, spécialement attaché à ses bureaux.

Parmi les très intéressantes questions que va soulever le Congrès actuel, il en est une qui ne peut manquer d'attirer d'une façon particulière l'attention des pouvoirs publics, et de tous ceux qui ont la charge de grandes collectivités: je veux parler de l'alcoolisme, et de la criminalité qui en découle.

Jadis le milieu militaire était considéré comme un des foyers les plus redoutables d'expansion de cette terrible intoxication. Il faut bien reconnaître que la fréquences des guerres et surtout des expéditions coloniales lointaines ne prêtait que trop à la licence des habitudes et des mœurs, dont l'alcoolisme est le funeste compagnon. Mais on peut l'affirmer bien haut, les temps sont changés. L'armée, dans les nations modernes, qui ont généreusement accepté le service obligatoire, a compris qu'elle avait vis-à-vis de la masse des jeunes citoyens groupés sous les drapeaux, le très noble, mais aussi très difficile devoir de reprendre et de continuer l'action éducatrice de l'école. C'est là une haute et belle mission à laquelle, en France, l'autorité militaire s'est attachée, depuis quelques années, avec la plus louable sollicitude. Elle a, en particulier constitué peu à peu, patiemment mais sûrement, un vétitable armement antialcoolique dont il est permis d'espérer les plus fructueux résultats.

L'alcoolisme est, à n'en pas douter, un véritable fléau pour les armées nationales. La déchéance physique qu'il entraîne appauvrit le recrutement de la façon la plus inquiétante; les délits ou les crimes qu'il engendre ébranlent la discipline. Terrible pourvoyeur de la tuberculose, l'alcool contribue puissamment à encombrer nos hôpitaux et à réduire prématurément nos effectifs.

Nous vous dirons nos efforts, Messieurs, contre cette lèpre moderne plus expansive que celle du moyen-âge. Vous nous donnerez l'appui fécond de vos études et de votre expérience, et de cette noble émulation naîtront les formules de prophylaxie les plus efficaces pour le plus grand bien de la France notre pays, et de cette patrie plus grande qui s'appelle l'Humanité.

Enfin M. Crocq, au nom de M. Klippel et au sien, prononce le discours d'usage.

Monsieur le Délégué du Roi,

Monsieur le Ministre de France,

Messieurs les Délégués des Ministres de Belgique et de France,

Messieurs et chers Collègues,

Les premières paroles des deux présidents de notre XXe Congrès seront pour remercier le Roi, le Gouvernement belge, les Villes de

Bruxelles et de Liége, d'un patronage des plus flatteurs, d'une hospitalité très cordiale, d'un accueil si gracieux!

S. M. le Roi Albert a bien voulu approuver nos efforts et s'intéresser à nos travaux. Après nous avoir accordé Son Haut Patronage, le Roi daigne se faire représenter, parmi nous, par M. le comte d'Arschot, une des personnalités les plus éminentes de son entourage; nous apprécions ce grand honneur à sa juste valeur et nous le considérons comme un gage précieux de la haute protection du Souverain.

Monsieur le comte d'Arschot, veuillez être, auprès du Roi, notre interprête éloquent, dites-lui combien nous apprécions la haute faveur dont Il nous honore et combien nous Lui sommes profondément reconnaissants de l'intérêt qu'Il nous porte!

Nous savons que Sa Majesté ne reste étrangère à aucune des questions se rapportant à l'amélioration et au progrès de son pays et de son peuple. Elle ne pouvait rester indifférente aux trois grands problèmes médico-sociaux qui figurent à notre ordre du jour: la maladie du sommeil, l'alcoolisme et la criminalité.

Notre reconnaissance n'est pas moindre envers le Gouvernement belge qui patronne notre vingtième réunion et dont nous ne saurions assez louer le concours.

Tous les départements ministériels ayant quelques rapports avec nos travaux se sont empressés de nous accorder leur haute protection. MM. les Ministres de la Justice, de l'Intérieur et des Sciences ont bien voulu accepter la présidence d'honneur de notre Congrès. En déléguant à notre séance inaugurale un de leurs représentants les plus autorisés, MM. Schollaert et de Lantsheere ont voulu nous prouver combien ils apprécient notre institution scientifique et à quel point ils estiment nos travaux.

Nous vous remercions bien sincèrement, Monsieur le Directeur Général Velghe d'avoir bien voulu inaugurer notre session au nom du Gouvernement belge; nous avons rencontré, en vous, un appui autorisé et puissant qui nous a permis de donner à notre XXe Congrès un éclat tout particulier.

Les entreprises médicales et scientifiques sérieuses trouvent toujours, au Ministère de l'Intérieur, une parole d'encouragement et, ce qui est mieux, un concours effectif précieux.

Vous avez bien voulu, Monsieur le Directeur Général, vous intéresser à nos travaux; nous vous en exprimons toute notre gratitude.

Et vous, Monsieur le Directeur Général de Latour, qui représentez le Département régissant les asiles d'aliénés, comment vous remercierions-nous de votre incessante et infatigable intervention? Dès le début, nous avons eu en vous un collaborateur dévoué autant qu'éclairé; vous êtes, en maintes circonstances, intervenu en notre faveur et votre administration n'a pas voulu rester étrangère au succès de notre session en lui allouant un subside important.

Nous remercions M. Renkin, Ministre des Colonies, d'avoir bien voulu se faire représenter, parmi nous, par deux de nos collègues les plus distingués : MM. les Drs Carré et Van Campenhout.

Nous remercions le Commissariat général du Gouvernement d'avoir obtenu, pour nous, l'entrée gratuite à l'Exposition de Bruxelles pendant toute la durée de notre Congrès.

Nous remercions tout spécialement les Présidents et Membres du groupe XXII (Congrès et Conférences), pour la remarquable brochure qui a été offerte gracieusement à nos membres. Nous tenons à signaler combien le précieux concours de M. le chevalier de Moreau, secrétaire du groupe, nous a été utile.

Vous le voyez, Messieurs, le XXe Congrès des aliénistes et neurologistes a rencontré un appui gouvernemental plus important encore que son aîné de 1903.

Nos travaux sont, d'ailleurs, de nature à intéresser les gouvernements : nos discussions et nos conclusions, basées sur des observations scientifiques, peuvent concourir, non seulement à guérir les maladies, mais à prévenir, dans la mesure du possible, les maux qui affligent les sociétés.

Nous nous flattons déjà que des lois de médecine sociales ont été promulgées dans différents pays. Et la Belgique aura précédé bien d'autres nations dans cette voie !

L'année passée, à Nantes, plusieurs d'entre nous présentaient un vœu pour la suppression de l'absinthe en France.

Les travaux des neurologistes et des psychiâtres avaient depuis longtemps établi l'influence nocive de certaines boissons de composition complexe et fondé sur l'expérience clinique des conclusions indubitables.

Rien ne peut nous être plus agréable que ces déductions pratiques que la sagesse des gouvernements érige en lois sociales. Nous vous dirons bientôt jusqu'à quel point nous sommes désireux du bien que parfois nous pouvons faire.

Les sujets que nous traiterons cette année pourront, nous l'espérons, intéresser aussi les gouvernements : la maladie du sommeil, qui décime nos colonies, l'alcoolisme et la criminalité, deux plaies sociales qui dégradent nos pays, sont bien de nature à attirer l'attention des pouvoirs publics. Nous faisons des vœux sincères pour que ceux qui ont bien voulu nous seconder, puissent retirer de nos travaux des indications utiles.

Vous aussi, Monsieur le Ministre de France, vous avez bien voulu honorer de votre présence notre séance d'ouverture ; vos compatriotes se réjouiront de votre présence et de vos paroles ! Les Présidents pour la Belgique et pour la France vous remercient au nom des Congressistes de ces deux pays qui vous sont chers l'un et l'autre. Leur association d'aujourd'hui pour le travail en commun est aussi,

vous le savez, une union où les sentiments d'estime et d'amitié ont une large part.

M. le Représentant du Ministre de l'Intérieur de France, votre excellent prédécesseur nous a accoutumé à une fidélité que nous avons pu apprécier pendant de longues années. Nous sommes heureux de vous retrouver parmi nous pour la troisième fois. L'attention que nous accorde le Gouvernement français et que marque votre présence, les services que vous pouvez nous rendre, l'empressement que vous avez fait paraître dans vos éloquents discours, votre esprit ouvert aux choses de la médecine, nous agréent complètement et vous méritez par là nos remerciements les plus sincères.

M. le Ministre de la Guerre de France est représenté, parmi nous, par des personnalités les plus marquantes de son département : M. le Professeur Simonin et M. le Dr Binet Sanglé. Déjà à Nantes, nous avons pu apprécier combien la collaboration des médecins militaires pouvait nous être utile. Nous sommes heureux de constater que la participation de ces collègues à nos sessions nous est acquise définitivement.

M. le Ministre de la Marine de France a bien voulu déléguer à notre Congrès deux collègues distingués: M. le Dr Louis Bertrand, médecin général de première classe et M. le Dr Roux-Freissineng, médecin principal.

Nous vous prions, Messieurs et chers collègues, de transmettre à M. l'amiral de Boué l'expression de notre vive gratitude.

Nous sommes d'autant plus heureux de vous avoir parmi nous que c'est, pensons-nous, la première fois que votre Ministère se fait représenter à nos Congrès. Nous traiterons, cette année, des questions qui pourront vous intéresser; nous espérons faire de vous de fervents adeptes et vous rencontrer au prochain Congrès de Tunis.

MM. Béco et Delvaux de Fenffe, Gouverneurs du Brabant et de Liége, ont bien voulu faire partie de notre bureau d'honneur; nous leur en exprimons tous nos remerciements.

Nous ne pouvons oublier que M. Béco fut, en 1903, l'âme de notre Congrès; en sa qualité de secrétaire général du Ministre de l'Intérieur, il fut notre interprête autorisé auprès du Gouvernement et permit la réalisation de nos projets.

M. Delvaux de Fenffe, digne successeur de M. Pethy de Thozée, fondateur de la colonie de Lierneux, ne s'intéresse pas moins que son prédécesseur aux questions médico-sociales. M. le Gouverneur de Liége ne s'est pas contenté d'occuper une place honorifique dans notre Comité: il s'est encore fait inscrire comme membre adhérent de notre Congrès, désirant en suivre de près les travaux.

Notre XXe Congrès est réuni aujourd'hui dans ce magnifique hôtel historique, grâce à l'amabilité de l'Administration communale

de Bruxelles qui incarne si bien le renom d'hospitalité attribué, à juste titre, à cette belle ville. Nous remercions bien vivement M. le Bourgmestre, le Collège et le Conseil communal qui nous offrent un local aussi parfait et qui veulent bien nous inviter à un raout dans les remarquables salons de l'Hôtel de Ville.

Nous adressons aussi nos remerciements les plus chaleureux à M. Kleyer, Bourgmestre de Liége, qui nous recevra bientôt dans sa pittoresque cité. A Liége, comme à Bruxelles, comme partout du reste, nous avons rencontré l'accueil le plus flatteur. M. Kleyer, avec son amabilité bien connue, a bien voulu s'occuper personnellement de l'organisation de nos journées liégeoises. Grâce au Bourgmestre et à l'Administration communale, nous terminerons nos travaux scientifiques par une fête à l'Hôtel de Ville de Liége.

Ces encouragements multiples, ces nombreuses marques de sympathie que nous recevons de toutes parts, font croître le zèle que nous déployons, depuis aujoud'hui vingt ans, dans les villes de France, de Suisse, de Belgique.

Nous voudrions contribuer à de nouveaux progrès par une connaissance plus approfondie, par les efforts réunis des neurologistes et des psychiatres, convaincus qu'une *base scientifique est nécessaire,* non seulement pour assurer des guérisons, mais aussi pour prévenir les maux par des mesures d'assainissement, par des lois de préservation et de médecine sociales.

L'histoire nous démontre qu'en ces matières, les connaissances plus profondes en pathologie ont précédé les réformes utiles.

Si la grande œuvre de Pinel, dont le rayonnement fut partout, a eu quelques précurseurs, leurs réformes bienfaisantes n'ont pu s'appuyer que sur les observations scientifiques qui contrastaient avec les idées acceptées de leur temps.

Ainsi, d'après les recherches récentes de Mongeri, Antonio Guainerio, professeur à Pavie au XVe siècle, de même que Weyer, de même que Paolo Zacchia au XVIe siècle, combattant les préjugés et les erreurs les plus regrettables, ont tout d'abord fait rentrer les manifestations de l'hystérie et de la folie dans le domaine de la pathologie.

De là, ce n'est point douteux, leurs raisons premières d'opposer un traitement médical à des mesures de contrainte.

Plus tard, au XVIIIe siècle, le même principe est à l'origine de la réforme que Daquin tente en Savoie, que Chiarugi effectue en Toscane.

Ce même réformateur, qui, dès 1788, transforme l'Asile de Saint-Boniface en un hospice pour le traitement des malades, ne nous a-t-il pas laissé un *Traité de la Folie,* ouvrage peu connu, mais remarquable pour l'époque où il fut écrit, dans lequel il relate 59 autopsies de maladies mentales où les lésions anatomiques figurent en regard des désordres intellectuels ?

Quel éloquent plaidoyer n'est-ce là en faveur de l'hospice remplaçant l'asile, de la thérapeutique substituée à la force!

Et Pinel lui-même, n'est-ce pas comme nosographe, autant que comme philantrophe, qu'il reconnaît les symptômes de la maladie sous les chaînes que porte l'être dangereux et malfaisant; qu'ensuite il assigne un autre mode de traitement aux maladies accidentelles ou intercurrentes que la pathologie sépare; et qu'enfin, classant l'épilepsie comme étant nosologiquement distincte, il établit que les malades de ce genre seront soignés dans des locaux à part?

Ce sont encore des principes de pathologie qui dans la suite inspirent les successeurs de Pinel.

En France, Esquirol, enseignant les architectes et après lui Parchappe; en Belgique, Guislain, dont la mémoire est justement vivante parmi nous; en Hollande, Schöder van der Kolk; en Allemagne et en Autriche, Langermann; en Angleterre, William Tuke; en Suède, Sondeen ;en Turquie, Mongeri Senior; etc. etc.

Enfin, à notre époque, ne sont-ce pas encore des distinctions cliniques très délicates qui peuvent justifier pleinement l'extension qu'a prise l'assistance familiale et dont le modèle, déjà séculaire, est la colonie de Gheel.

Certes, nous savons ce qu'il faut de temps, de patience, de bonne volonté pour accroître tout d'abord nos connaissances, et ensuite faire admettre des institutions nouvelles dans l'ordre de la pratique.

Qu'il en a fallu du temps, pour ne parler que des progrès réalisés en ce pays, jusqu'à l'année 1803, où M. de Pontecoulant a pu écrire en parlant d'un passé qui n'était pas encore bien loin: « Les insensés étaient autrefois entassés à Bruxelles, dans un local étroit et malsain, dont les incommodités suffisaient à rendre incurables les maladies y amenaient. »

Et puis pour arriver, un siècle plus tard, à l'état actuel.

Mais nous ne pouvons plus nous contenter de ces progrès.

Disons-le fermement: nous voulons être entendus dans le domaine des connaissances qui sont les nôtres.

L'augmentation du nombre des maladies nerveuses, prises dans le sens le plus général, les causes sociales qui sont à l'origine de plusieurs de ces maladies, nécessitent de plus en plus nos relations plus étroites avec les hommes qui sont chargés des lois sanitaires. L'accueil si empressé que nous font les villes; le concours des gouvernements et des pouvoirs publics et en particulier ceux que nous recevons aujourd'hui du Roi, du Gouvernement de Belgique, des Villes de Bruxelles et de Liége, et dont nous sommes vivement touchés, nous apparaissent comme un gage précieux en ce qu'ils nous donnent l'espoir que de réels progrès seront bientôt les fruits des travaux que nous poursuivons avec ardeur.

Messieurs et chers Collègues,

Le succès de notre dernier Congrès en Belgique est resté parmi nos meilleurs souvenirs, de sorte que la ville de Bruxelles est très justement la première, parmi toutes celles que nous avons successivement fréquentées, où nous aurons tenu deux sessions.

Nous avons eu, et nous avons encore cette fois-ci, une collaboration de la part de nos Collègues de Belgique à laquelle nous ne sommes point habitués à ce degré.

Nous sommes heureux de constater qu'un nombre relativement élevé de savants de plusieurs autres pays participent à notre réunion.

Nous remercions ces nouveaux adhérents de venir à nous et nous espérons qu'ils deviendront des collaborateurs réguliers.

Nos rapports et nos rapporteurs sont aujourd'hui en nombre double de ce qu'ils sont d'habitude et c'est dans deux grandes villes que nous aurons à discuter ces intéressantes questions.

Tout cela nous fait prévoir, pour le XX[e] Congrès, un succès au moins égal à celui qui couronna la mémorable réunion de Bruxelles en 1903.

Nous voudrions que nos Congrès annuels fussent habituellement composés de cette même façon. N'est-il pas vrai de dire que nos Collègues de Belgique, de Suisse, de Roumanie, de Russie, nous laissent souvent croire que notre Congrès est une réunion de savants français plutôt que de pays de langue française.

Et ce regret que nous exprimons s'adresse plus particulièrement à nos Collègues de Belgique et de Suisse, si nombreux, si voisins du pays de France, si capables de fournir matière scientifique à nos rapports et à nos discussions.

Nous voudrions que la ville de Bruxelles fut l'occasion d'une réunion plus étroite entre les savants des pays de langue française et de nous revoir chaque année en pareil nombre.

Nous comptons, pour y arriver, sur les liens de confraternité qui naîtront sans doute de l'empressement de tant de médecins français à venir à Bruxelles, de tant de médecins de Belgique venant seconder leurs efforts.

Voilà le vœu que forment vos deux Présidents et par lequel se trouverait pleinement réalisée la pensée de nos fondateurs, dont l'une des inspirations les plus heureuses fut de réunir en une même société, des savants de pays divers, parlant la même langue.

En vous remerciant encore, de l'honneur que vous nous avez fait en nous désignant tous deux comme Présidents, nous pouvons ajouter que cette collaboration, que les circonstances ont rendue inégale et diverse pour chacun de nous, fut un agrément et une force dans les fonctions que nous remplissons ; comme si les bonnes et les

utiles relations qui unissent les savants de nos deux pays avaient présidé aux fonctions administratives de vos présidents.

Nous aurions voulu traiter devant vous, dès ce matin, un sujet scientifique, mais ici, la nécessité de prendre la parole séparément, eut prolongé notre séance d'ouverture au delà des limites du temps dont nous disposons.

Nous préférons donc vous faire nos communications résumées aux séances générales, ce qui nous permet de vous convier maintenant à la visite de l'Hôtel de Ville qui doit forcément rentrer dans le progromme de cette matinée.

Dr Crocq. Dr Klippel.

Après la séance d'ouverture, les congressistes visitèrent l'Hôtel de Ville de Bruxelles.

PREMIÈRE PARTIE

RAPPORTS

M. KLIPPEL. — Je remercie avec empressement notre Président de l'an passé d'être venu à Bruxelles. M. Vallon fut à Nantes un président accompli et dont nous voudrions pouvoir suivre l'exemple.

En ouvrant cette première séance de nos discussions, permettez-moi, Messieurs et chers Collègues, de vous remercier encore une fois de l'honneur que vous m'avez fait et auquel je suis d'autant plus sensible que ma fonction doit s'exercer dans cette même ville de Bruxelles dont j'ai conservé le souvenir le plus gracieux.

PREMIÈRE QUESTION

PREMIER RAPPORT

La Maladie du Sommeil et les Narcolepsies

Rapport de M. VAN CAMPENHOUT (de Bruxelles)

(Voir ce rapport in-extenso dans le volume I)

Discussion

M. BLANCHARD (de Paris). — Pour comprendre par quel mécanisme le trypanosome peut réaliser les accidents qui constituent la maladie du sommeil, il faut se rappeler ce qui se passe dans la fièvre intermittente. Ici, le parasite n'exerce pas son action d'une façon continue, mais périodique : à suite de chacune de ses phases d'activité, il se fait une décharge des produits de désassimilation dans le plasma sanguin ; à chaque décharge correspond un accès de fièvre. Le trypanosome, au contraire, vit constamment dans le plasma sanguin qui reçoit sans arrêt les produits de désassimilation, parmi lesquels doit figurer une toxine hypnogène ; son action continue et progressive permet de comprendre la marche ininterrompue et progressive de la maladie du sommeil.

M. THIROUX (de Paris). — Dans la prophylaxie de la trypanosomiase il faut, comme dans celle du paludisme, faire de la prophylaxie individuelle. Il faut, à l'école, mettre le nègre au courant des méfaits de la tsé-tsé. Le nègre a peur de la maladie du sommeil ; il fera le déboisement si on lui démontre son efficacité. Dans le dépistage des cas, la collaboration des indigènes est indispensable. Il y a lieu d'envoyer les

malades dans des régions où il n'y a pas de tsé-tsé, et de leur défendre les endroits où l'on trouve ces mouches. Il suffirait de rendre les chefs indigènes responsables de cette mesure.

M. MARTIN (de Brazzaville). — Au Congo français on a pris les mêmes mesures de prophylaxie qu'au Congo belge : débroussement, passeport, visite sanitaire, etc

Une séance de cinématographie scientifique offerte gracieusement par la Direction du Théâtre Pathé, Boulevard du Nord, 152, a servi de commentaire objectif aux rapports et communications relatifs à la tripanosomiase.

M. Comandon (de Paris), avait bien voulu créer, à l'intention des congressistes, des films nouveaux : Maladie du sommeil, fièvre recurrente, spirochète pâle de la syphilis, agglutination du spirochète des oiseaux, microbes de l'intestin de la souris et phagocytose des trypanosomes.

Il y eut, en outre, une série de vues fixes représentant des malades, des mouches et insectes transmetteurs, des lazarets, laboratoires, etc.

MM. Van Campenhout et Van Lint eurent l'extrême amabilité de donner les explications utiles.

DEUXIÈME RAPPORT

Les Narcolepsies

Rapport de M. J. LHERMITTE (de Paris)

(Voir ce rapport in extenso dans le volume I)

Discussion

M. REGIS (de Bordeaux). — Il existe de nombreux états pathologiques dans lesquels la narcolepsie peut s'observer à un degré plus ou moins marqué. En dehors de ceux indiqués par M. Lhermitte dans son rapport, je puis citer :

La *syphilis* à ses diverses périodes, en particulier à la période secondaire dans laquelle Fournier a décrit depuis longtemps déjà un « *coma sidérant* » ;

L'*insolation,* surtout l'insolation des pays chauds, où plusieurs fois déjà j'ai constaté une tendance irrésistible du sommeil ;

L'*artério-sclérose,* où cette tendance est, à mon avis, relativement fréquente, ce qui explique son existence dans la sénilité et la présénilité, comme dans les psycho-névroses qui en relèvent.

On pourrait énumérer bien d'autres exemples d'états morbides susceptibles de s'accompagner de narcolepsie.

En ce qui concerne la *maladie du sommeil,* je suis heureux de voir qu'elle tend de plus en plus, comme je le pensais déjà il y a douze ans, à être considérée comme une méningo-encéphalite infectieuse diffuse, et que ses analogies avec la paralysie générale s'affirment peu à peu à tous les points de vue : pathogénique, symptomatique, évolutif, anatomo-pathologique, etc.

Le travail si documenté de MM. Gustave Martin et Ringenbach, en nous faisant connaître d'après les nombreux cas observés par eux au Congo, les troubles psychiques de la maladie du sommeil, fait apparaître celle-ci, à l'heure actuelle, comme une sorte de paralysie générale consécutive à une infection analogue à la syphilis, mais comme une paralysie générale plus rapprochée de l'infection causale et qui suivrait sans transition en se mélangeant à eux, les symptômes confusionnels et hallucinatoires de la période secondaire, de la saturation toxinienne, accompagnés, en l'espèce, d'une somnolence invincible.

Tous les auteurs qui ont observé des cas de maladie du sommeil avec manifestations psychopathiques de ce genre, s'accordent à dire que les troubles oculo-pupillaires font constamment défaut. Ce serait là, si le fait se confirmait, une particularité intéressante, montrant bien que ces troubles oculo-pupillaires appartiennent plus spécialement aux méningo-encéphalites issues de la syphilis. Il ne faut pas oublier, cependant, qu'on les a constatés dans nombre d'états confusionnels dépendant d'infections très variées, même dans des états confusionnels aigus.

Tout en considérant en principe la narcolepsie, la somnolence, l'assoupissement, la torpeur comme formant les degrés d'une même série pathologique, M. Lhermitte s'est attaché, dans son rapport, à étudier isolément la narcolepsie, la séparant et la différenciant avec soin des autres termes de la série.

Je crois qu'il eût mieux valu, au contraire, réunir ces divers états en une large vue d'ensemble : parce qu'il existe, non pas un syndrome torpeur, un syndrome somnolence, un syndrome narcolepsie, autonomes et distincts, mais bien un syndrome unique, allant de la torpeur à la narcolepsie à travers les degrés intermédiaires et capable de survenir, à tous ces degrés, dans un grand nombre de maladies ; parce que, d'autre part, ces états sont susceptibles de s'éclairer les uns par les autres et que rien ne peut mieux, semble-t-il, nous donner la clef de la narcolepsie que l'étude de la torpeur et inversement.

Ce rapprochement nosologique était, du reste, la règle chez les anciens qui, malgré l'imprécision de leurs descriptions et de leurs dénominations à cet égard, connaissaient bien, cliniquement, les somnolences pathologiques et les groupaient toutes en une description globale, comme les diverses nuances d'une même affection.

Ainsi Willis (1672) admet et décrit par ordre d'intensité : la *somnolence continue* (somnolentia continua) ; le *coma;* la *léthargie* (lethargus) ; le *carus.*

Joseph Franck (1838) admet aussi que le cataphora comprend différents degrés avec différents noms : le *cataphora* proprement dit (assoupissement, penchant morbide au sommeil) ; le *coma* (assoupissement intense dans lequel le malade retombe bientôt, de quelque manière qu'on s'y

prenne pour l'en tirer et le tenir éveillé); le *carus* (sommeil si profond qu'il ne peut être dissipé par un bruit violent et qu'il existe une privation complète de sentiment et de mouvement); la *léthargie* enfin (assoupissement constant avec fièvre, délire oublieux et mouvements engourdis).

On voit bien par là, et j'en pourrais donner maintes autres preuves, que l'histoire de la narcolepsie est loin de commencer à Gélineau, qui n'a fait que donner un nom nouveau à une vieille chose, et que les auteurs anciens avaient une notion très exacte des somnolences pathologiques, dont ils réunissaient les diverses formes en une seule et commune étude.

Il me paraît préférable, je le répète, de procéder de nouveau ainsi.

Si les divers types de somnolence pathologique doivent être rapprochés les uns des autres, comme faisant partie du même syndrome, je crois, en revanche, qu'ils doivent être séparés et distingués du sommeil ordinaire, du sommeil normal. La narcolepsie ne diffère peut-être pas fondamentalement du sommeil naturel et on peut, comme l'a fait M. Lhermitte, montrer en quoi elle s'en rapproche; mais elle appartient, par ses principaux caractères, aux sommeils pathologiques, et c'est ce qu'il était intéressant, avant tout, de bien préciser.

Outre son origine, nettement morbide, et les concomitants symptomatiques caractéristiques dont elle s'accompagne parfois (céphalée, état cataleptoïde, etc.), la narcolepsie est un sommeil fréquemment *diurne, incomplet,* parfaitement compatible, à moins qu'il ne soit trop profond, avec la persistance d'un certain degré d'activité physique et mentale, de relation avec le monde extérieur. Les sujets sont pris assis, debout, à table, au travail; souvent alors ils continuent leur besogne, répondent aux questions posées, obéissent à un ordre, vont et viennent, tout cela sans que leur sommeil soit interrompu.

De plus, et c'est là une particularité bien caractéristique, ce sommeil irrésistible, cette narcolepsie peut coexister et coexiste fréquemment avec l'*insomnie,* c'est-à-dire avec l'absence du sommeil nocturne, du sommeil normal. Paul Sainton a noté le fait et je l'ai constaté moi-même maintes fois.

La narcolepsie est donc non pas un sommeil ordinaire, naturel, mais un sommeil pathologique ressemblant plus ou moins au sommeil cataleptique, somnambulique, léthargique, à un état second. Il serait intéressant de savoir si, dans cet état, les malades rêvent et pensent et de quelle façon. Ceux que j'ai interrogés disaient ne penser à rien; certains cependant, entre autres un artério-scléreux que j'ai observé de près, pouvaient non seulement suivre une idée, mais encore parler et agir oniriquement.

En discutant l'important problème de la nature et de la pathogénie de la narcolepsie, M. Lhermite expose que l'intoxication joue, vis-à-vis de ce syndrome, un rôle indéniable de facteur étiologique général, mais qu'elle ne saurait être acceptée comme explication de sa production.

Qu'il me soit permis de rappeler que, me basant sur l'étroite parenté de la torpeur, de la somnolence, du sommeil irrésistible, et sur leur existence dans des états à peu près constamment infectieux ou toxiques, à côté de la confusion mentale, j'ai depuis longtemps et à diverses reprises, émis l'opinion que ces phénomènes pathologiques devaient être sous la

dépendance d'un état d'auto-intoxication, particulièrement d'une auto-intoxication hépatique, plus capable que les autres, comme l'avaient vu Ballet et Lévi, de déterminer la narcolepsie.

Telle était ma manière de voir il y a douze ans sur les somnolences pathologiques et les narcolepsies, y compris la narcolepsie de la maladie du sommeil. Telle elle est encore aujourd'hui. Je n'ai malheureusement aucune preuve expérimentale à fournir, car en ces matières, la preuve expérimentale, que seule peut donner la chimie biologique, est très difficile à mettre en évidence. Mais je suis plus que jamais convaincu, par les faits qui me sont passés sous les yeux, que la somnolence morbide, depuis la torpeur jusqu'au sommeil irrésistible, est la manifestation d'une intoxication de l'organisme, susceptible d'être réalisée toutes les fois que, pour une cause quelconque, cet organisme se trouve saturé par des poisons narcotiques externes ou internes, fait qui peut se rencontrer soit dans les toxi-infections (maladie du sommeil), soit dans les hétéro-intoxications (poisons externes, opium), soit enfin dans les auto-intoxications (insuffisance hépatique). Quant à l'explication, elle viendra sûrement, et déjà à cet égard l'opinion si ingénieuse que vient d'exposer le professeur Blanchard, nous permet d'entrevoir une partie de la vérité.

Il ne me reste à aborder qu'un dernier point. M. Lhermitte, peu satisfait de toutes les théories pathogéniques qui ont été formulées pour expliquer la narcolepsie, penche en fin de compte pour l'hypothèse de la « constitution psychopathique », qu'il estime « bien plus en rapport avec le sommeil pathologique comme avec le délire, qu'une cause pathogène déterminée ou un mécanisme humoral défini ». Ce n'est pas du tout mon avis.

En psychiâtrie, les causes prédisposantes, représentées globalement par la constitution dite psychopathique, et les causes occasionnelles ou déterminantes, sont pour ainsi dire en proportion inverse les unes des autres. D'une manière générale, lorsqu'il s'agit de vésanies ou folies proprement dites, le rôle de la constitution psychopathique l'emporte sur celui de la circonstance provocatrice, et c'est ce qui explique pourquoi il suffit d'une cause futile, d'un rien parfois, pour voir verser dans la folie un prédisposé.

Dans les psychoses toxiques ou infectieuses, il en va tout autrement. Ici l'influence du poison est prépondérante et, chez beaucoup d'individus, elle peut s'exercer même en dehors de toute prédisposition, de toute constitution psychopathique. Est-ce qu'il est besoin, vraiment, d'une constitution psychopathique pour faire de la torpeur, de l'obtusion, de la confusion, de l'onirisme au cours de la fièvre typhoïde, de la grippe, de l'érysipèle, de l'urémie? Est-ce qu'un seul d'entre nous pourrait se flatter d'échapper, en pareil cas, à toute manifestation nerveuse ou cérébrale du poison? Est-ce que tous les nègres du Congo qui présentent de la somnolence et des troubles psychiques durant la maladie du sommeil, c'est-à-dire tous ou à peu près, ont une constitution psychopathique? Est-ce qu'enfin il est besoin d'une constitution psychopathique pour somnoler irrésistiblement sous l'action du laudanum ou de l'opium?

On voit l'exagération de cette doctrine de la constitution psychopathique qui, appliquée indistinctement à tous les cas, n'explique rien.

Que les prédisposés cérébraux délirent plus et plus fréquemment à l'occasion des intoxications de tout ordre, cela doit être et on ne saurait le contester; mais chez beaucoup de sujets, l'intoxication suffit, à elle seule, pour provoquer des troubles psychopathiques et, chose significative, des troubles psychopathipues plus en rapport par leurs caractères avec la nature du poison lui-même qu'avec la constitution de l'individu.

Ces données sont au premier chef applicables à la maladie du sommeil dans laquelle la somnolence invincible ne peut être comprise finalement que comme le résultat d'une intoxication de l'organisme par un poison narcotique interne, analogue aux poisons narcotiques venant du dehors.

M. DENY (de Paris). — Dans son intéressant et très documenté rapport, M. Lhermitte décrit sous le nom d'*hypnose* une entité clinique qu'il n'hésite pas à considérer comme indépendante de l'épilepsie, de l'hystérie, etc. Bien que semblable théorie ait déjà été soutenue par plusieurs auteurs éminents, j'ai été un peu surpris de la voir admise sans discussion par le rapporteur.

Le principal argument sur lequel s'appuie M. Lhermitte pour justifier l'existence d'une névrose distincte est qu'un grand nombre de sujets, en apparence sains, non entachés d'hystérie, peuvent être plongés dans un sommeil plus ou moins profond par une série de pratiques (fixation du regard, fixation d'un objet brillant, bruit intense ou soudain, etc.), qui se ramènent tous en dernière analyse à la suggestion et ont une action entièrement psychique.

Admettre avec M. Bernheim que 95 % et même avec M. Crocq que 80 % des sujets sains sont influencés par ces pratiques hypnogènes, cela revient presque à dire que tout le monde, ou à peu près, est hypnotisable.

Personne ne contestera, je pense, qu'il y ait là une grosse part d'exagération, mais je vais plus loin et je ne crois pas qu'un sujet réellement sain, puisse être endormi au commandement. Quand on examine un peu attentivement les sujets qui paraissent réagir à l'injonction de dormir, on constate toujours l'existence actuelle ou antérieure de troubles psychiques, sensitifs ou moteurs (émotivité exagérée, anesthésie, hyperesthésie, paralysie, mouvements convulsifs, tics, etc.), qui sont autant d'indices d'une constitution névropsychopathique.

Nul n'est donc hypnotisable s'il n'est, au préalable, un malade et l'on peut à bon droit soutenir que ce malade est toujours à quelque degré un hystérique si, comme on tend à le faire aujourd'hui, on n'accorde la dénomination d'hystériques qu'aux phénomènes qui sont le résultat de la suggestion ou de l'auto-suggestion. N'est-ce pas, en effet, de la suggestion — et cela de l'aveu même de M. Lhermitte — que relèvent les pratiques qui provoquent l'hypnose? Les phénomènes hystériques et les phénomènes hypnotiques reconnaissent donc le même mécanisme psychologique : ils ont la même origine et sont de la même famille. Et la preuve qu'il en est ainsi, c'est que ces deux groupes de phénomènes se comportent de la même façon, ont, si l'on peut dire, la même évolution : nés de la suggestion, ils disparaissent par une contre-suggestion.

On m'objectera peut-être que les phénomènes hystériques apparaissent spontanément tandis que les états hypnotiques sont habituellement pro-

voqués; cela est exact, mais ce caractère ne suffit pas à établir entre les premiers et les seconds une ligne de démarcation tranchée. M. Lhermitte ayant très judicieusement fait remarquer que l'hypnose n'est pas toujours le produit d'une suggestion extérieure, qu'elle peut résulter de l'autosuggestion, c'est-à-dire que ses manifestations peuvent apparaître spontanément, comme celles de l'hystérie, tout plaide donc en faveur du rapprochement nosologique, des états hypnotiques et des manifestations hystériques, et cela est si vrai, que lorsqu'on suggère à un malade de dormir, c'est quelquefois une crise d'hystérie que l'on provoque.

Il n'y a donc, il me semble, aucune bonne raison pour créer de toutes pièces sous le nom d'hypnose une névrose autonome : l'hypnose n'est qu'une manifestation de l'hystérie, comme l'a toujours soutenu l'école de la Salpêtrière et comme l'a démontré encore récemment M. Babinski.

Mais ce premier point établi, une autre question se pose. Est-il bien certain que le sommeil dit hypnotique corresponde à une réalité? M. Babinski, dans le travail auquel je viens de faire allusion, opine pour l'affirmative, mais non sans de sérieuses reserves. Celles-ci sont d'autant plus justifiées, que rien n'est plus facile que de simuler le sommeil et qu'il n'existe plus à l'heure actuelle aucun caractère, objectif ou somatique, permettant de distinguer le sommeil dit hypnotique. Les malades, les mythomanes comme dirait M. Dupré, qui ont avoué avoir simulé l'hypnose, les uns par condescendance, les autres par malignité, sont aujourd'hui légion. Il n'est pour ainsi dire pas de consultation pour maladies nerveuses où l'on n'obtienne spontanément de pareils aveux.

Mais il existe bien d'autres raisons de suspecter la sincérité des sujets mis en état d'hypnose.

Et tout d'abord cet état d'hypnose est d'un polymorphisme déconcertant. Il varie de ville en ville, d'hôpital à hôpital. Que dis-je, dans le même hôpital on l'a vu revêtir des caractères différents d'un service à autre. Comment, dans ces conditions, méconnaître la part considérable de l'éducation, de l'entraînement, du dressage, sinon de la simulation, dans la production du sommeil dit hypnotique. Et l'étrangeté de ce sommeil ne doit-elle pas encore inspirer quelques doutes ? Ce sommeil dans lequel le soi-disant dormeur a perdu toute communication avec l'extérieur et reste cependant en communion si étroite, si intime, avec son hypnotiseur, qu'il l'entend, lui répond, lui obéit — et cela même à distance — d'après quelques auteurs.

Que dire encore de cette soi-disant captation d'un sujet par un autre, qui caractériserait certaines formes d'hypnose, cet asservissement de la volonté qui ne se manifeste que pour des actes pareils ou futiles et s'évanouit chaque fois qu'il s'agit d'un acte sérieux pouvant nuire à la personne qui l'accomplirait ? Qui oserait se porter garant d'un crime commis en état d'hypnose ? Si dans les circonstances graves l'hypnotisé redevient maître de sa personne et de ses actions, n'est-ce pas que dans les autres il n'a fait que jouer la comédie.

Pour ne pas constituer des raisons décisives et absolument péremptoires, je le reconnais, les arguments qui précèdent me semblent cependant mériter d'être pris en considération.

Au surplus, ne pourrait-on pas invoquer une preuve directe, de l'irréa-

lité des états hypnotiques ? Puisque ces états — tous les auteurs sont unanimes sur ce point — sont une manifestation, une conséquence de la suggestibilité, pourquoi ces états ne peuvent-ils jamais être obtenus au cours des affections mentales, où l'hypersuggestibilité est la règle ? La malléabilité du psychisme des débiles, la désagrégation mentale des déments de toutes catégories, ne sont-elles pas des conditions éminemment favorables à la production de l'hypnose ? Les hypnotiseurs les plus ardents sont cependant tous d'accord pour déclarer que de tels malades sont essentiellement réfractaires aux pratiques hypnotiques. Qu'est-ce à dire sinon que l'hypnotisme au lieu d'être fonction de la suggestibilité, comme on l'admet généralement, n'est sans doute dans l'immense majorité des cas que le produit de la supercherie et de la simulation.

M. Henry MEIGE (de Paris). — M. Lhermitte a donné dans son rapport une assez large place à la narcolepsie hystérique, et il a bien fait. Trop de travaux ont été consacrés à cette question pour qu'on puisse la passer sous silence. Mais je crois que la narcolepsie hystérique, comme la plupart des manifestations qui ont été attribuées à l'hystérie, est sujette à révision. Les observations rappelées par le rapporteur sont déjà anciennes ; elles datent d'une époque où l'on attribuait à l'hystérie des caractères dont la valeur diagnostique est aujourd'hui contestée. On sait ce qu'il faut penser actuellement des prétendus stigmates de l'hystérie, dont l'origine suggestive ne paraît guère douteuse dans l'immense majorité des cas. Il en est vraisemblablement de même des caractères que l'on considérait comme distinctifs du sommeil hystérique. Cette convulsion du globe oculaire, ce frémissement des paupières, que M. Lhermitte a remémorés, d'après les données traditionnelles, les a-t-il constatés lui-même ? Est-il parvenu à les différencier de ce que l'on voit dans les autres sommeils, y compris le sommeil naturel et surtout le sommeil simulé? Enfin, M. Lhermitte a-t-il eu la fortune, rarissime aujourd'hui, d'observer un seul cas de narcolepsie hystérique ? — Non, n'est-ce pas ? C'est donc uniquement pour se conformer à la tradition qu'il a décrit un sommeil hystérique reconnaissable à certains caractères réputés distinctifs. Encore une fois, il a eu raison de le faire, mais peut-être eût-il dû attirer l'attention sur la nécessité d'apporter dans l'observation de ces cas, devenus exceptionnels, une vigilance, pour ne pas dire méfiance, toute particulière. Pour ma part, quand je me rappelle les cas de narcolepsie hystérique que j'ai vus jadis à la Salpêtrière et dont à cette époque la nature hystérique ne me paraissait pas douteuse, je me demande, averti que je suis maintenant de la nécessité d'un contrôle plus rigoureux, si vraiment cet étrange sommeil était bien le fait de l'hystérie ou si plutôt nous n'étions pas le jouet d'habiles simulatrices. Les caractères distinctifs eux-mêmes que l'on attribuait au sommeil hystérique, le frémissement palpébral, le renversement des globes, paraissent fort suspects ; on les retrouve dans certaines conditions de sommeil naturel et surtout lorsque le sommeil est simulé. Et pour ce qui est des troubles de la sensibilité signalés chez les dormeurs hystériques, je crois que tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître qu'ils sont le produit d'une suggestion, elle-même d'origine médicale.

Un fait doit éveiller notre méfiance : c'est qu'en dehors des milieux où était cultivée l'hystérie traditionnelle, et où l'influence de la suggestion médicale paraît aujourd'hui évidente, les exemples de sommeil dit hystérique n'apparaissent que dans des conditions suspectes, où il n'est guère possible d'exercer une surveillance efficace. Ces sommeils merveilleux naissent dans les localités lointaines, chez des gens mal avertis, prodigues de doléances, manifestant avec excès leur surprise et leur compassion. Plus elle dort, plus la dormeuse devient intéressante, et réciproquement. La curiosité dont elle est l'objet va croissant ; elle est entourée d'une auréole de mystère ; son nom, son portrait sont publiés par les journaux. Il en rejaillit de la gloire sur son entourage, sur sa province. Son réveil serait une désillusion, une déchéance. Aussi continue-t-elle à dormir. Et, il faut bien le dire, les visites médicales, les examens et les réflexions inconsidérés contribuent à augmenter son envie de dormir.

Il y a là tout un ensemble de facteurs suggestifs dont le plus clair résultat est la prolongation du sommeil. Les faits de ce genre ne doivent donc être acceptés qu'avec une extrême réserve. Ces soi-disant narcolepsies hystériques pourraient bien n'être que de simples fantaisies de mythomanes désireuses d'attirer sur elles l'attention.

M. Ernest DUPRE (de Paris). — Je tiens à confirmer l'opinion émise par M. Deny et par M. Meige. Je ne crois pas qu'on puisse établir de différence entre l'hystérie et l'hypnotisme... La narcolepsie hystérique n'est qu'un des modes de manifestation de cet état psychopathique que j'ai désigné sous le nom de mythomanie. Par suite d'une tendance morbide à la simulation, au mensonge, à la fabulation, certains mythomanes sont amenés à réaliser des phénomènes qui, par leur étrangeté, peuvent éveiller l'intérêt ou la compassion. C'est ce besoin morbide de se rendre « intéressant », de quelque façon que ce soit, qui représente le fond même de la constitution mythomaniaque.

Les manifestations hypnotiques donnent à cet égard toute la satisfaction aux mythomanes. Quand elles ne sont pas provoquées par le médecin, elles sont souvent entretenues par lui. Ce dernier devient ainsi le collaborateur, plus ou moins conscient, d'un phénomène psycho-pathologique. En réalité, hypnotiseur et hypnotisé constituent un couple psychopathique fort intéressant à étudier.

M. Ed. CLAPAREDE (de Genève). — Je remercie M. Lhermitte de l'attention qu'il a accordée à ma théorie biologique du sommeil ; mais je ne crois pas qu'il y ait grand avantage à la faire intervenir dans les cas pathologiques où le sommeil peut être suffisamment expliqué par une intoxication. En proposant cette théorie, j'ai précisément eu pour but de rendre compte de l'allure du sommeil *normal*, qui est jusqu'à un certain point sous la dépendance du consentement du sujet. Mais le sommeil pathologique — et c'est justement pour cela qu'il est pathologique — n'est pas sous cette dépendance : le narcoleptique s'endort en causant, en mangeant, en se promenant, c'est-à-dire dans des circonstances où il

gique — et c'est justement pour cela qu'il est pathologique — n'est pas sous cette dépendance : le narcoleptique s'endort en causant, en mangeant, en se promenant, c'est-à-dire dans des circonstances où il n'est pas dans son intérêt de s'endormir.

M. Régis, tout à l'heure, reprochait non sans raison, à M. Lhermitte de n'avoir pas indiqué le critère de la nature *pathologique* d'un sommeil. Ce critère, à mon avis, ne peut être aperçu qu'en se plaçant à un point de vue biologique : est normal ce qui est dans l'intérêt de l'individu, est anormal ce qui est contraire à son intérêt biologique.

M. BINET-SANGLE (de Paris) admet que le sommeil a une origine toxique à laquelle se joint l'anoxémie. Il existe entre les divers sommeils pathologiques des relations aussi étroites qu'entre le sommeil normal et le sommeil pathologique.

M. GRAETER (de Bâle). — Au moyen de l'hypnose on fixe davantage l'attention du patient, on diminue chez lui le contrôle des actes et l'on peut éveiller des sentiments nouveaux qui lui soient profitables.

M. LHERMITTE, rapporteur. — Je pense, comme M. Régis, qu'il y a intérêt à ne pas séparer les divers sommeils pathologiques, mais le titre même de mon rapport m'obligeait à me borner aux narcolepsies.

Je crois que le sommeil paroxystique ne peut être séparé que bien difficilement du sommeil normal, car, par exemple, la fatigue peut produire celui-là chez des gens sains.

La théorie toxique de la narcolepsie se heurte à cette constatation que cet accident se produit ou non chez des malades ayant les mêmes lésions cérébrales, ou le diabète.

Quant à la narcolepsie hystérique, ses observations sont en si grand nombre dans la science, qu'il m'a semblé impossible de la rayer d'un seul mot. Du reste, il y a des hystériques qu'on ne peut hypnotiser, comme des hypnotisés qui ne présentent aucune tare nerveuse. Enfin, les expériences de Richet sur les animaux tendent à montrer la réalité de l'hypnose.

M. DENY (de Paris). — Un mot pour combattre le dernier argument sur lequel vient de s'appuyer M. Lhermitte pour séparer l'hypnose de l'hystérie. Il est exact que l'on peut obtenir chez les animaux certains états d'engourdissement, de somnolence ou de torpeur, mais il est loin d'être démontré que ces états correspondent à ce qu'on désigne généralement sous le nom d'hypnose. Les pratiques plus ou moins bizarres grâce auxquelles on réalise ces états ont en tout cas une action purement mécanique et non une action psychique. On ne saurait donc identifier les états hypnotiques de l'homme, où la suggestion est *tout*, aux états grossièrement analogues de l'animal dans lesquels la suggestion ne joue aucun rôle.

Communications relatives à la Maladie du Sommeil

La période médico-légale de la trypanosomiase

par M. Granjux (de Paris)

Dans son remarquable rapport, M. Van Campenhout divise, très judicieusement, l'évolution de la trypanosomiase en trois périodes. « A la deuxième et à la troisième période, dit-il, le diagnostic clinique de la maladie du sommeil est généralement facile. » Mais il ajoute que « les symptômes de la première période ont un caractère moins net ». C'est, en somme, la période, où la maladie est inconnue et ne peut être décelée que par la recherche du trypanosome si... on y pense.

Et, cependant, il serait urgent que le diagnostic fut précoce, non seulement en raison des chances plus grandes de guérison, mais aussi parce que les troubles psychiques se produisent à ce moment et sont graves au point de vue de la responsabilité encourue.

Ces troubles psychiques, M. Van Campenhout les a signalés en ces termes: « Le malade se plaint ordinairement de faiblesse généralisée, parfois de sensibilité exagérée à la douleur, de la paresse intellectuelle. Parfois, il peut présenter déjà, à cette période, des excitations cérébrales passagères, du délire dont l'existence, au point de vue médico-légal, est intéressante à connaître ».

Il nous semble qu'au fur et à mesure que l'on connaît mieux la maladie du sommeil, qu'on la diagnostique plus tôt, ces excitations cérébrales du début sont signalées de plus en plus souvent; aussi nous sommes porté à croire qu'elles sont, en réalité, assez fréquentes pour faire de la première période de la trypanosomiase en quelque sorte une « période médico-légale ».

Voici quelques faits à l'appui de cette manière de voir:

Le premier a été publié dans le *Caducée* (1904, n° 8), par notre confrère le Dr Dupont, d'Anvers. Il s'agit d'un jeune Belge, employé de factorerie au Congo. Au bout d'un certain temps, son caractère devint si difficile, si insupportable, sa manière de servir si défectueuse, qu'il fut congédié et renvoyé en Europe. Mais pendant la traversée, l'affection, méconnue au Congo, fit des progrès et M. le Dr Dupont, à Anvers, diagnostique la maladie du sommeil et trouva le trypanosome.

Le cas suivant est inédit: un sous-officier des troupes coloniales avait commis, dans l'ouest africain, un acte qui était de nature à le faire traduire en Conseil de guerre. Des doutes ayant été mis sur sa responsabilité, il fut soumis à un examen médical et renvoyé en

France comme atteint d'aliénation mentale. Dans l'hôpital qui le reçut on eut l'idée — avant de demander son internement — de rechercher s'il ne serait pas atteint de maladie du sommeil. On trouva le trypanosome ; le malade fut traité par l'atoxyl et guérit, au point de pouvoir reprendre son service.

Devant prendre la parole au Congrès sur ce sujet, j'ai communiqué, jeudi dernier, les idées que je voulais vous soumettre, à mes collègues de la Société de médecine tropicale, et ils ont rapporté des faits semblables.

M. Wurtz a soigné, à l'hôpital des Dames françaises, un certain nombre de trypanosomiases. Les derniers malades qu'il a traités — interrogés à ce point de vue — ont tous reconnu avoir eu au début des excitations cérébrales très vives. L'un d'eux a même été la cause de rixes fréquentes à bord du bateau qui le ramenait.

M. Tanon a soigné, avec M. Nattan-Larrier, un employé revenant du Congo, qui présentait les symptômes de la paralysie générale au début, et avouait, du reste, avoir eu un chancre. Il fut pris d'un érythème typique et évoqua dans l'esprit de nos confrères la trypanosomiase. Recherche positive. Traitement par l'atoxyl. Guérison. Le malade, malgré l'avis des médecins, s'est fait engager par une autre maison de commerce pour retourner au Congo, où il a été repris de nouveaux troubles cérébraux.

C'est, du reste, avec la paralysie générale que sont confondus le plus souvent les troubles cérébraux de la trypanosomiase. Il nous souvient d'une observation communiquée à la Société de pathologie exotique. Il s'agissait d'un jeune officier supérieur, qui s'était suicidé au cours, disait-on, de la paralysie générale. L'autopsie montra les lésions de la trypanosomiase.

Ce diagnostic différentiel *post mortem* a une grosse importance, car dans l'armée la paralysie générale n'ouvre pas des droits à une pension pour la veuve et les orphelins, tandis que cette pension est motivée par la trypanosomiase, maladie contractée en service.

Aussi, d'accord avec nos collègues de la Société de médecine tropicale, je me permets : 1° d'attirer tout spécialement l'attention sur les troubles mentaux présentés par les blancs au début de la trypanosomiase, troubles qui peuvent entraîner, soit le renvoi des employés, soit la comparution des militaires en Conseil de guerre ;

2° De signaler la nécessité de procéder, chez tout individu ayant séjourné dans une région à tsé-tsé et présentant des symptômes faisant penser à la paralysie générale, à la recherche du trypanosome, et cela que le malade soit ou non syphilitique.

Troubles psychiques dans la maladie du sommeil

par les Drs G. Martin et Ringenbach

Nous avons décrit longuement dans le numéro de juin 1910 de l'Encéphale, les troubles psychiques rencontrés dans la maladie du sommeil.

Il ne nous paraît pas inutile d'insister ici sur quelques points, et de donner les conclusions de notre travail.

La trypanosomiase humaine peut être envisagée comme une maladie toxique généralisée de l'organisme avec action élective du poison sur les centres nerveux et elle ne fait pas exception à cette règle générale de nosologie psychiâtrique qui veut que toute infection et toute intoxication se manifeste par des modalités cérébrales : confusion mentales, délire onirique, démence précoce, reliées entre elles par une infinités de caractères communs.

L'aliénation mentale trypanosomiasique a pour type clinique fondamental la confusion mentale se développant sur un fond démentiel très marqué. Aussi se traduit-elle essentiellement par une torpeur cérébrale constante, allant jusqu'à la stupeur, au sommeil et au gâtisme, par de l'obtusion mentale, par de l'amnésie soit actuelle, soit rétro-antérograde, par de la désorientation, par du délire onirique hallucinatoire et par des états catanoniques très nets. Cette forme, la plus constante et la plus commune, s'accompagne fréquemment d'états délirants accessoires et surajoutés, mais « absurdes, mobiles, contradictoires incohérents » et comprenant : 1° des variétés dépressives mélancoliques; 2° des variétés expansives ou mégalo-maniaques (délire des grandeurs) ; 3° des variétés circulaires ou maniaques-dépressives dans lesquelles il y a succession plus ou moins régulières d'états maniaques et d'états mélancoliques.

Les hallucinations visuelles, auditives, olfactives, gustatives, les idées fixes, les obsessions ne sont pas rares chez les trypanosomés et créent chez certains d'entre eux du délire plus ou moins systématisé (délire de la persécution).

Les impulsions fréquentes les plus communes sont les tendances à la fugue, à la dromomanie. On rencontre également, mais plus rarement, des impulsions au vol, au vampirisme, à l'homicide, à l'incendie et au suicide. Elles ont un caractère plus ou moins irréfléchi, subit, spontané, démentiel suivant le degré d'affaiblissement mental du malade.

Les nombreuses épidémies « de familles et de cases » observées au Congo français expliquent très facilement les cas d'épidémie à forme cérébrale dégénérant en crises de folie trypanosomiasique, observée dans certaines régions du Congo, sous des influences particulières de température et de milieu.

Les troubles psychiques observés chez les Européens trypanosomés sont les mêmes que chez les indigènes, mais la mentalité « puérile » de ces derniers donne un cachet particulier et spécial d'enfantillage à leur délire.

Le pronostic est toujours grave dans la forme cérébrale de la maladie du sommeil et un traitement à l'atoxyl, même judicieusement suivi, n'amènera pas toujours l'amélioration de l'état du malade.

La démence trypanosomiasique sera à distinguer de la démence alcoolique ,de la démence épileptique, de l'aliénation mentale syphilitique et surtout de la paralysie générale. Le diagnostic de l'aliénation mentale trypanosomiasique est d'autant plus délicat que parfois viendront se greffer sur le fond démentiel trypanosomiasique des troubles dus à une affection intercurrente, telle que l'alcoolisme et la syphilis. La présence du trypanosome constatée au microscoque lèvera tous les doutes.

Les lésions anatomo-pathologiques rencontrées chez un de nos malades atteint d'aliénation mentale, ont déjà été décrites comme lésions histologiques de la maladie du sommeil et figurent au nombre des lésions histopathologiques trouvées dans la paralysie générale.

Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que ces deux affections présentent, au point de vue psychique ,de nombreux rapports et de grandes analogies. Nous avons rencontré, en effet, se greffant sur un affaiblissement intellectuel progressif, les mêmes états délirants, les mêmes conceptions absurdes et niaises sur un fond démentiel tout à fait comparable.

Devant des symptômes nerveux d'excitation cérébrale, de troubles mentaux, chez les indigènes comme chez les Européens ayant séjourné dans les régions tropicales africaines, et particulièrement au Congo, on devra toujours songer à la trypanosomiase. Le flagellé devra être recherché systématiquement chez tous ces individus avant de conclure à leur responsabilité. Le médecin militaire, tout spécialement, ne doit pas oublier qu'il existe une période prodromique médico-légale de la trypanosomiase et qu'il est des cas où le trypanosomé entre dans sa maladie par une phase d'excitation maniaque, alors que l'état général du malade paraît excellent, aucun signe extérieur ne révélant son affection. Il songera aux fugues, aux impulsions rencontrées si souvent dans cette affection.

Les aliénés trypanosomés seront traités avec douceur, jouiront largement de la vie au grand air et d'une liberté relative, sous une surveillance sage et bien comprise.

Dès 1898, Régis faisait de la maladie du sommeil, une maladie toixque, infectieuse, grave, terminée par ménigo-encéphalite.

L'état mental des trypanosomiasiques est également à rapprocher de celui des épileptiques : des mouvements d'irritabilité, des rêves

terrifiants se retrouvent chez ces deux catégories de malades qui commettent des actes instinctifs, automatiques et inconscients (attentats, fugues, vagabondage, etc.) La fureur des trypanosomés est tout à fait comparable à celle des épileptiques. Beaucoup de trypanosomés ont d'ailleurs des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne.

Des troubles précurseurs des auras psychiques, appréciés par le malade lui-même, viennent parfois, chez ceux-là comme chez ceux-ci, signaler une crise prochaine de violence. Consécutives à l'accès chez les uns comme chez les autres prédominent l'amnésie (amnésie antérograde ou de fixation, amnésie rétrograde, amnésie retardée) et la torpeur psychique.

La démence paralytique, la démence épileptique et la démence trypanosomiasique peuvent donc revêtir de plus ou moins près les mêmes aspects, et le diagnostic est parfois difficile. Il n'y là rien d'étonnant puisque ces malades ont tous des lésions de méningo-encéphalite diffuse et cela est une nouvelle preuve en faveur de cette tendance à voir dans la méningo-encéphalite diffuse, non plus une complication de vésanie, non plus une vésanie, non plus même une maladie cérébrale quelconque, mais une maladie toxique généralisée de l'organisme avec action élective du poison sur le cerveau (Régis).

La trypanosomiase humaine, peut être envisagée comme une maladie toxique généralisée de l'organisme avec action élective du poison sur les centres nerveux, et elle ne fait pas exception à cette règle générale de nosologie psychiatrique, qui veut que toute enfection et toute intoxication se manifeste par des modalités cérébrales, confusion mentale, délire onirique, démence précoce, reliées entre elles par une infinité de caractères communs.

La maladie du sommeil au point de vue médico-légal

par les D[rs] G. Martin et Ringenbach

Il faut signaler dans la trypanosomiase par analogie avec celle de la paralysie générale et de la démence précoce, une période médico-légale prodromique pendant laquelle des actes extravagants, délictueux, des fugues, des crises de manie aiguë, de négativisme se produisent. Des erreurs de comptes et d'écritures, des négligences dans le service, des oublis graves sont commis qui paraissent inexplicables et même volontaires à ce stade d'invasion de la maladie, alors que le trypanosomé ne présente aucun signe bien net de maladie du sommeil et que l'affaiblissement de son intelligence ne peut être apprécié d'observateurs non médecins.

Samba Taraore (observation 309), milicien, paraissait en excellent état de santé quand une crise d'excitation le désigna à notre examen. Il fut trouvé trypanosomé. Ses camarades nous racontèrent alors qu'il avait, depuis quelque temps, des allures bizarres. Il était devenu indiscipliné, il jouait beaucoup et dépensait bêtement, inutilement son argent.

Beaucoup de nos malades ambulomanes, querelleurs, en dehors de leurs crises sont en état apparent d'excellente santé, et c'est l'examen microscopique seul qui permet de poser le diagnostic certain.

José de M..., jeune Portugais (observation 20), trypanosomé, paraissait en bon état de santé avant qu'il nous fut adressé, il était employé comme vendeur comptable dans une factorerie de Brazzaville. Les renseignements recueillis sur lui par son patron étaient excellents; il remplissait parfaitement ses fonctions, lorsqu'on remarqua des erreurs dans les écritures et dans les comptes. Ces erreurs augmentèrent et se renouvelrèent progressivement, très rapidement. Il finit par se tromper dans les plus petits calculs. Lui qui connaissait parfaitement l'orthographe fait des fautes grossières, remplace les ph par des f, supprime les h au commencement des mots. Le premier livre de comptabilité qu'on lui mit entre les mains fut tenu sans ordre et fut immédiatement couvert de tant de tâches, de tant de mots rayés nuls, qu'il fut impossible de s'en servir au moment de l'inventaire. Devant ces faits, on mit José à la factorerie pour débiter la marchandise, mais il se trompait de prix; il voyait bien les étiquettes indiquant le chiffre d'achat et celui de vente, mais il n'y prêtait aucune attention. Il vendait des étoffes soit à des prix dérisoires de bon marché, soit à des taux très élevés. Les clients étaient étonnés des différences de valeur d'un même objet demandé à quelques jours d'intervalle.

Parmi les Européens frappés de la maladie du sommeil, nous avons rencontré des officiers, des hommes de troupe. Parmi les indigènes, de nombreux miliciens et des tirailleurs. Il n'est pas inutile d'attirer l'attention de nos confrères militaires coloniaux sur les impulsions aux *fugues* si fréquentes chez les trypanosomés. Elles ont été également signalées chez les soldats dégénérés ou atteints de démence précoce et leur importance au point de vue médico-légal a été bien mise en relief par Pitres et Régis, Granjux et Rayneau...

Certains de nos malades paraissent sournois et dissimulés, et surtout lorsqu'il s'agit de militaires, devant leur regard narquois, devant leur moue dédaigneuse ,on est tenté de leur infliger une punition.

Bobo (observation 266), tirailleur, porte à son livret de nombreuses journées de salle de police et de prison. Son attitude si spéciale en motivait la fréquence. Quand on l'interroge, il répond tellement à côté, avec un ton de voix si affecté, il vous regarde d'une manière

si bizarre, il a si bien l'air de se moquer absolument de vous, et si on insiste cette mimique du visage s'accentue tellement, que ses chefs le punissaient invariablement. En effet, il prend un masque digne et grave d'empereur romain pour vous regarder. Il fait la moue (bouche en coin) avec du tremblement des lèvres et des rictus de la face tels qu'ils paraissent « affectés, maniérés et artificiels », et que ce malade a l'air, au premier aspect, de simuler et de s'amuser. Il présente également de l'*écholalie;* ainsi, recevant devant nous la visite du médecin de son bataillon, le Dr Pic, que nous remercions des renseignements fournis à son sujet, et qui nous demande s'il n'a pas présenté quelques éruptions particulières du côté de la peau.

« De la peau », répète Bobo, qui ne parle pas français.

Un de nos miliciens trypanosomé exécutait très mal à l'exercice les mouvements commandés. Il faisait demi-tour quand on lui ordonnait la marche en avant, tournait à droite quand il devait faire par le flanc gauche ,et réciproquement. Or, c'était un vieux soldat très rompu aux différentes manœuvres. Son sergent indigène croyait à une mauvaise volonté de sa part, et le punissait jusqu'au jour où, devant un véritable refus d'obéissance, il nous fut conduit et reconnu malade.

Au moment du recrutement des soldats indigènes, il est donc très nécessaire d'examiner tout spécialement ces individus au point de vue trypanosomiase. Des visites systématiques et régulières des miliciens et des tirailleurs permettront de dépister les malades. On examinera particulièrement les sujets trop souvent punis pour les mêmes motifs. Tel a refusé d'obéir, injurié, menacé de sa baïonnette, frappé même un supériur, qui n'est qu'un malheureux trypanosomé guetté par les troubles mentaux.

Dans les pays fortement contaminés, comme au Congo, il y a lieu d'examiner le plus grand nombre possible d'indigènes employés à des services publics. Nombreux sont les noirs à qui l'on confie une besogne sérieuse, tels les mécaniciens, les chauffeurs des bateaux ou des chemins de fer qui, trypanosomés peuvent, dans un moment d'excitation ou de folie accomplir des actes dangereux. Un de nos malades atteint d'aliénation mentale, Massamba Mansounga était serre-frein au chemin de fer du Djoué!

Au point de vue des crimes et délits dans la trypanosomiase, de la responsabilité, de l'expertise médico-légale (vols, violences, tendance à l'incendie, au vampirisme, outrages publics à la pudeur, etc.) nous n'insistons pas, renvoyant le lecteur à notre mémoire sur les troubles psychiques dans la maladie du sommeil (chapitre IX), dont la première partie a été publiée dans l'*Encéphale* juin 1910.

———

Trypanosomiase et paralysie générale

par les Drs G. Martin et Ringenbach

Dans notre étude clinique de la trypanosomiase (1), l'un de nous, avec le Dr Lebœuf ,a décrit dans la maladie du sommeil une phase d'incubation, une phase d'invasion, une phase d'état avec trois périodes (première période de début, deuxième période d'état, troisième période terminale) et a signalé les troubles psychiques correspondant surtout à la deuxième et à la troisième période. Ce sont ces mêmes divisions que nous retrouvons dans la paralysie générale. Envisagée au point de vue clinique, celle-ci comprend quatre périodes successives: 1° préparalytique (incubation et invasion); 2° période de début; 3° période d'état; 4° période de terminaison (Régis).

Dans la maladie du sommeil, il existe, comme dans la paralysie générale et la démence précoce, une période médico-légale prodromique pendant laquelle des actes délictueux peuvent être commis, alors que rien ne trahit encore, semble-t-il, l'action des trypanosomes. Souvent, les troubles mentaux sont les signes révélateurs de la maladie et ils surviennent au moment où la santé paraît encore, pour un observateur non prévenu, parfaite en apparence.

En 1909, sur 309 trypanosomés, nous avons compté : 18 aliénés excités dangereux ayant présenté des crises plus ou moins fréquentes de véritable folie furieuse; 7 déments, mélancoliques ou persécutés, ayant nécessité une surveillance spéciale; 26 semi-aliénés ambulomanes atteints de confusion mentale, d'idées postoniriques, de catatonisme léger, etc.; soit le sixième de nos malades (16,73 p. c.).

Les psychoses que nous avons observées chez les indigènes atteints de la maladie du sommeil nous paraissent, sans aucun doute, dues à l'infection trypanosomiasique, à l'action directe du poison sur les cellules nerveuses corticales, mais chez les trypanosomés, comme dit Jacquin des syphilitiques: « Il n'y a pas unitoxie mais polytoxie. A côté du poison spécifique, il faut tenir compte d'auto-intoxications. Les reins, le foie, l'intestin, la peau fonctionnent mal chez ces infectés. Ils font d'abord de la mauvaise chimie élémentaire, puis sont soumis à des intoxications secondaires qui aboutissent à des modifications humorales. »

Les psychoses des diverses maladies infectieuses chroniques se ressemblent et produisent des troubles similaires ne différant que par le degré d'intensité et par quelques-uns de leurs caractères. Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que l'aliénation mentale trypa-

(1) G. Martin, Lebœuf et Roubaud. La maladie du sommeil au Congo français. (Chap. VI).

nosomiasique se rapproche de l'aliénation mentale syphilitique. On sait d'ailleurs combien de points communs possèdent la trypanosomiase et la syphilis. Depuis les découvertes de Schaudinn, on admet une parenté étroite entre le treponema pallidum et le trypanosome; ces deux agents peuvent déterminer, par leur action sur les méninges, une symptomatologie clinique assez semblable. Les accidents cérébraux dus à l'infection trypanosomiasique sont plus précoces que les accidents cérébraux d'origine syphilitique: ils apparaissent généralement dans les premières années du début de la maladie; leur évolution est aussi plus rapide. Ici et là, nous retrouvons pour type clinique fondamental, de la confusion mentale à forme pseudo démentielle, avec les variétés dépressives ou expansives reposant sur un fond d'hébétude très marqué, mais l'existence des troubles nerveux spéciaux aux lésions syphilitiques, les paralysies oculaires, les lésions cutanées ,l'influence favorable du traitement spécifique feront écarter le diagnostic de trypanosomiase.

C'est principalement avec la paralysie générale que les troubles mentaux d'origine trypanosomiasique offrent les plus grandes anomalies. Ici et là, le symptôme psychique essentiel et fondamental est, en effet, l'affaiblissement intellectuel progressif. Il ne fait jamais défaut: la diminution de la mémoire est évidente, et l'amnésie, aussi bien des faits récents que des faits anciens, est caractéristique.

Dans l'une et dans l'autre affection, l'attention, la réflexion, la volonté s'émoussent de plus en plus, et nous retrouvons la même inconscience, la même indifférence, et malgré les moments d'excitation, les variations d'humeur, la même passivité. Nous avons décrit chez nos trypanosomés des états maniaques avec délire des grandeurs, des états mélancoliques, de la folie à double forme, de la confusion mentale avec délire onirique, stupidité et état catatonique, des hallucinations, des impulsions. Tous ces types de syndromes s'observent également dans la paralysie générale avec les mêmes caractères communs d'absurdité, de mobilité, de contradiction, d'incohérence.

La trypanosomiase humaine comme la paralysie générale paraît être une maladie toxique, à la fois dans son origine, dans ses manifestations et dans ses lésions. L'intoxication produite par le *tryp. gambiense* est l'élément pathogénique principal de l'aliénation mentale trypanosomiasique, mais ce n'est sans doute pas le seul, et il peut également agir indirectement par voie de conséquence. L'aliénation mentale trypanosomiasique serait comme la paralysie générale une maladie post-infectieuse, post-toxique, paratoxique. Les conceptions de Kræpelin ont rapproché la paralysie générale du myxœdème. Régis et Gaide, Briquet, Mongour, Lorand ont établi des rapports entre le myxœdème et la maladie du sommeil. Dès 1898, Régis faisait de cette affection une maladie toxi-infectieuse grave terminée par méningo-encéphalite.

Avant nous, déjà, Mott et Spielmeyer, Franca et Marck Athias et de nombreux auteurs avaient signalé les rapports entre la maladie du sommeil et la paralysie générale. Notre étude des symptômes dans ces deux affections corrobore cette opinion. Les troubles psychiques de la démence trypanosomiasique et de la démence paralytique offrent toute une série de particularités communes.

Il existe donc un type de pseudo-paralysie générale trypanosomiasique et le tableau clinique paraît dans certains cas si exactement semblable, la description du paralytique général à la période terminale serait si bien à calquer sur celle du trypanosomé dément et gâteux, que l'erreur de prendre l'un pour l'autre, serait excusable : mêmes attitudes, mêmes actes extravagants et variables, mêmes états maniaques, mélancoliques ou mélancolico-maniaques, même délire des grandeurs, mêmes genres de vol, niais et ridicules. Il n'est pas jusqu'au tremblement très fréquent de la langue et des mains, à l'incertitude des mouvements, aux crampes, aux spasmes, aux contractures et aux troubles de la parole et des sens, à l'excitation générale, que nous avons pu observer chez plusieurs de nos trypanosomés, qui ne permettent de rapprocher leur état de celui des paralytiques généraux. Enfin, chez les uns et chez les autres existe une période médico-légale prodromique. Cependant, nous n'avons jamais noté de troubles pupillaires dans la trypanosomiase: les réactions sont normales, il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson (1) et la marche des accidents mentaux est beaucoup plus rapide dans cette affection que dans la maladie de Bayle. La maladie du sommeil se différencie, enfin, de la paralysie générale par un de ses symptômes les plus caractéristiques, qui a donné son nom à cette affection, le sommeil.

Cependant, parfois, la trypanosomiase peut se terminer par la mort sans avoir donné lieu aux symptômes caractéristiques de la maladie et nous avons vu des sujets chez lesquels les crises de somnolence étaient remplacées plus ou moins régulièrement par des crises d'excitation et de colère, et réciproquement, Christy a également signalé, au Congo belge, des cas où la tendance au sommeil manquait tout à fait et où existait un état d'hébétude et d'apathie s'accompagnant d'accès délirants.

Les travaux de Mott, d'Annibal Bettencourt, Ayres Kopke, Gomez de Rezende et Correa Mendes, de Franca et Marck Athias, de Spielmeyer, ont défini les lésions anatomo-pathologique de la maladie du sommeil. Quoique n'ayant rien à ajouter aux recherches de

---

(1) L'absence du réflexe pupillaire n'est, dans la maladie du sommeil, d'aucune indication clinique : ce symptôme, quand il existe, n'apparaît guère généralement que quelques jours avant la mort. On ne peut le comparer au signe d'Argyll-Robertson.

ces savants, nous croyons utile de donner le résultat de ponctions lombaires pratiquées chez un certain nombre de malades du sommeil présentant des troubles psychiques. D'autre part, un de nos déments, Linda, étant décédé, nous avons pu faire son autopsie et prélever des fragments d'organes qui nous ont permis de faire un examen histo-pathologique dont nous donnons les résultats.

Examen du liquide cérébrospinal. — Nous avons toujours relevé une lymphocytose intense du liquide cérébro-spinal chez nos malades atteints de troubles mentaux, alors qu'au début de leur affection nous n'avions constaté qu'un lymphocytose plutôt faible. Le sédiment de centrifugation contient, à côté de lymphocytes, une forte proportion de grands mononucléaires.

Nous devons cependant faire remarquer que le nombre d'éléments cellulaires n'augmente pas spécialement avec l'apparition des troubles psychiques, mais croît avec la marche de la maladie comme nous avons pu le constater chez un grand nombre de malades ne présentant pas dans leur symptomatologie de troubles cérébraux.

Anatomie pathologique macroscopique. — L'autopsie de Linda ne nous a permis de noter comme lésions anatomo-pathologiques macroscopiques qu'une forte congestion des méninges avec légères adhérences.

Anatomie pathologique microscopique. — L'examen de fragments de cerveau et de cervelet montre une infiltration cellulaire périvasculaire des vaisseaux pie-mériens et des vaisseaux de la substance nerveuse. Cette infiltration, très légère dans le cervelet, est assez intense dans le cerveau ; les vaisseaux sont engainés d'un manchon formé de petits leucocytes mononucléaires, surtout de lymphoctes, et de quelques *Plasmazellen*, dont certaines sont altérées : noyau plus ou moins fragmenté, pigment jaune parfois abondant. On relève aussi, au sein de la substance nerveuse, la présence de quelques *Plasmazellen* accompagnées d'hématies.

La paroi de la plupart des vaisseaux est altérée : elle est très épaissie du fait de l'augmentation de volume des cellules endothéliales qui obturent parfois la lumière du vaisseau. Quelques gaines vasculaires, au contraire, sont dépourvues d'une grande partie de leurs cellules endothéliales.

Nous n'avons pas trouvé de ces cellules désignees par Spielmeyer sous le nom de *Stoebchenzellen* et de *Gitterzellen*, et dont la présence dans les parois vasculaires a été confirmée par Brochard.

La plupart des cellules nerveuses ont des lésions diffuses ; les unes sont chromatolysées, le noyau est excentré ; dans beaucoup, on n'aperçoit plus que les nucléoles ;d'autres montrent une achromatose généralisée du protoplasma et du noyau. Dans le cervelet, les cellules de Purkinje sont en chromatolyse diffuse ,leur noyau est assez

visible. Toutefois, en ce qui concerne les lésions des cellules nerveuses que nous venons d'énumérer, nous devons faire des réserves, les pièces anatomiques ayant été prélevées et fixées environ six heures après la mort, et par une température assez élevée.

Les lésions de la moelle se réduisent à un très léger épaississement de la pie- mère avec infiltration périvasculaire de ses vaisseaux.

On ne remarque aucune altération des fibres nerveuses.

Les lésions anatomo-pathologiques que nous venons de décrire sont bien celles qui ont été définies par Mott, Annibal Bettencourt et Ayres-Kopke, Franca, Spielmeyer, et Brochard, comme lésions histologiques de la maladie du sommeil. Cependant, nous devons faire remarquer, ce que Mott, Franca et Marck Athias, Spielmeyer ont mis en évidence, que ces lésions figurent au nombre des lésions histopathologiques trouvées dans la paralysie générale. Ce fait corrobore une fois de plus les rapports entre les troubles psychiques de la maladie du sommeil et de la paralysie générale.

Persistance de l'infection des centres nerveux après disparition de l'infection des autres tissus dans quelques cas de trypanosomiase et de spirochétose. Ses rapports avec des accidents méningo-encéphaliques tardifs.

par A. Thiroux (de Versailles)

Au cours de nos études sur la trypanosomiase humaine, nous avons depuis 1906 (1) observé que le sang des malades du sommeil pouvait se débarasser lui-même et sans aucune médication de ses parasites, grâce aux anticorps qu'il forme et dont nous avons démontré l'existence à la même époque.

L'action de ces anticorps s'exerce même parallèlement à celle des médicaments actifs chez les malades traités ainsi que nous l'avons soutenu depuis (2). On est, en effet convenu d'appeler crises trypalytiques chez les animaux, le laps de temps pendant lequel les parasites cessent d'être visibles dans le sang à l'examen microscopique direct. Ces crises correspondent d'après les travaux de Massaglia (3)

---

(1) Thiroux. Seules propriétés préventives du sérum de deux malades atteints de trypanosomiase humaine (forme maladie du sommeil). (*C. R. Soc. de Biol.*, 3 mai 1906, p. 778.)

(2) Thiroux. De l'absence de trypanosome gambieuse dans le sang et les ganglions des malades du sommeil à la troisième période et de l'influence des anticorps sur la désinfection du sang. (*Bull. de la Soc. de Pathol. exotique*, janvier 1909.)

(3) Massaglia. Des causes des crises tryp nolytiques et des rechutes qui les suivent. (C. R. à l'Acad. des Sciences, 11 oct. 1907.)

avec une augmentation des anticorps dans le sang circulant. L'homme infecté de *Tripanosoma gambiense*, dans le sang duquel le parasite n'est qu'exceptionnellement visible à l'examen direct, est donc presque constamment en crise trypanolytique.

D'autre part nous avons observé des cas, dans lesquels un traitement très incomplet et de très petites doses d'arsenic ont réussi à amener la guérison définitive, alors que des doses dix fois plus fortes se sont montrées notoirement insuffisantes chez d'autres malades.

Des faits semblables ont été observés aussi par Broden et Rhodais qui s'expriment ainsi (1) : « Nous savons qu'à certains malades, il suffit de l'*appoint* d'une quantité quelconque, minime, d'arsenic pour débarrasser l'organisme des trypanosomes. » Personnellement nous avons toujours estimé que chez ces malades, pris à une époque particulière de leur infection, les parasites sont vis-à-vis des anticorps dans un état d'équilibre très instabe et qu'il suffit pour détruire cet équilibre de très petites quantités de médicaments.

D'un autre côté, le plus souvent, le sang ne se débarasse définitivement de ses parasites qu'après un certain nombre de traitements et surtout après un laps de temps assez long. Nous estimons que, dans ces conditions, en outre de son action directe sur les parasites, la médication a l'avantage, en relevant les forces des malades et en les prolongeant, de leur permettre de continuer à renforcer leurs anticorps. Nous pensons même que chez ceux qu'on peut prolonger assez longtemps, on doit toujours obtenir l'équilibre instable entre les anticorps et *Trypanosoma gambiense* et la disparition de ce dernier du sang.

Broden et Rhodain admettent aujoud'hui avec nous que ce sont les anticorps qui amènent la disparition des trypanosomes du sang et ils pensent qu'il y a lieu d'en tenir compte dans l'estimation de l'activité d'une substance médicamenteuse (2).

La persistance de l'infection du liquide céphalo-rachidien, alors que le sang s'est déjà débarrassé de ses parasites est due, ainsi que nous l'avons dit en 1906, à ce que les anticorps, adjuvants, des substances médicamenteuses presque toujours indispensables pour obtenir la disparition des trypanosomes du sang, sont des substances albuminoïdes. Ces substances ne pénètrent pas dans le canal médullaire, car chacun sait que le liquide céphalo-rachidien normal ne contient pas d'albumine et ne coagule pas par la chaleur.

---

(1) BRODEN et RHODHAIRE. Traitement de la trypanosomiase humaine par la solution arsenicale de Loeffler. (*Bull. de la Soc. de Path. exotique*, 16 oct. 1908, p. 506.)

(2) BRODEN et RHODAIRE. Traitement de la trypanosomiase humaine. Le trypanosome. (*Arch. f. Schiff. u. Tropen-Hyg.*, 1910, pp. 215, 226.)

L'atoxyl qui est, d'autre part, le seul médicament qui franchisse les méninges reste seul à agir dans le canal vertébral. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'en l'absence des anticorps, il ne puisse, dans la plupart des cas, arriver à détruire définitivement dans le liquide céphalo-rachidien les trypanosomes qui ont déjà disparu du sang.

Balfour, guidé par des observations analogues aux nôtres, a proposé en 1909 d'injecter dans le canal rachidien des trypanosomiasiques du sérum de malades traités d'une façon intensive par les arsenicaux (1).

Notre opinion sur le rôle des anticorps dans les infections spécialisées aux méninges a été confirmée en janvier 1910 par l'observation d'un singe, trouvé infecté naturellement d'un spirille, que nous avons décrit sous le nom de *Spirillum pitheci* (2).

Ce singe a *guéri sans médication de son infection sanguine* et a présenté ensuite des accidents cérébro-médullaires qui ont amené la constatation d'une augmentation considérable d'un *liquide céphalo-rachidien renfermant encore des spirilles*. Nous rapportons plus loin cette intéressante observation.

D'autre part, depuis plusieurs années, déjà, nous avons comparé à la syphilis cérébrale les accidents de la trypanosomiase humaine, limités au domaine cérébro-spinal. Comme dans la vérole, ces accidents peuvent se montrer tardivement et sans prodromes chez des malades méconnus ou traités. Dans les deux cas, l'infection sanguine et les symptomes qui la décèlent peuvent avoir disparu depuis un temps plus ou moins long, et les malades peuvent paraître guéris. Nous pensons que chez le syphilitique, de même que chez le malade du sommeil tous les tissus, à l'exception des centres nerveux, acquièrent peut être, dans certains cas la même immunité que celle que l'on sait exister pour les téguments vis-à-vis du chancre induré.

A côté de ces cas d'immunité acquise d'une façon tardive par les tissus autres que les centres nerveux dans la syphilis, Rach a présenté le 25 février 1910, à la Société des médecins de Vienne, un cas d'immunité précoce de la même nature. Il s'agissait d'un enfant né de père syphilitique, qui avait eu du coryza ,mais jamais d'exanthème. Peu après la naissance, on constata une notable augmentation du volume du crâne, de l'inégalité pupillaire, de l'exagération

---

(1) BALFOUR, cité in *Bull. of the Sleeping Sickness Bureau*, février 1909, page 63.

(2) THIROUX et DUFOUGERÉ. Sur un nouveau spirille du singe (C. R. Acad. des Sciences, 10 janv. 1909) et persistance de l'infection des méninges chez un singe guéri sans médication d'une infection sanguine à spirilles naturelles. (*Bull. Soc. Pathol. exotique*, janv. 1910, p. 23.)

des réflexes et de l'inspiration striduleuse. Le liquide céphalo-rachidien contenait *Treponema-pallidum,* absent dans le sang (1).

L'observation de Rach se rapproche d'une façon frappante de celle de notre singe à spirilles. Dans les deux cas on a observé une augmentation considérable d'un liquide céphalo-rachidien infecté en l'absence de l'infection du sang.

Elle pose aussi pour la syphilis, conformément à nos observations dans la maladie du sommeil, le problème de la possibilité d'une immunité congénitale ou plus probablement acquise pendant la vie fœtale, coexistant avec une infection persistante des méninges. Elle expliquerait l'existence de tares nerveuses, jusque là rapportées à des dystrophies héréditaires chez des enfants nés en apparence indemnes de parents syphilitiques.

Les faits que nous avons observés, et que nous nous sommes efforcés de rapprocher d'autres observations semblent bien prouver que *la persistance de toute une catégorie de parasites dans le liquide céphalo-rachidien ou les centres nerveux, alors que le sang s'en est déjà débarrassé, au moyen des anticorps qu'il forme, constitue une règle générale, qui, quoique ne s'appliquant pas à tous les malades, est cependant commune a un certain nombre de maladies dont l'infection relève de la même classe de protozoaires.*

Observation. — Chez un *Cercopithecus patas,* provenant de Kayes (Soudan français), nous avons trouvé un spirille voisin de *Spirillum duttoni,* que nous avons nommé *Sp. pitheci.* L'animal présentait des accès de fièvre irréguliers, sans correspondance marquée avec la constatation au microscope du spirille dans le sang. Le sang restait cependant infectant pour les souris dans l'intervalle des crises.

Le singe présentait aussi, dès son arrivée, de l'atrophie du globe oculaire droit avec opacité de la cornée. L'animal ayant cessé de montrer des spirilles dans son sang depuis 11 jours présenta subitement pendant plusieurs jours consécutifs des crises épileptoïdes à type jacksonien, se produisant principalement lorsqu'on remuait sa cage pour la transporter d'un point à un autre. Son sang, examiné tous les jours, et vérifié huit jours après la cessation des crises épileptoïdes, fut constaté par inoculation à la souris comme ayant cessé d'être virulent.

L'animal fut sacrifié un mois et demi après le dernier jour où les spirilles furent constatés dans son sang. Le sang fut de nouveau inoculé à deux souris qui ne s'infectèrent pas. A l'autopsie, on put constater que la cavité crânienne renfermait environ 10 cm. cubes de

---

(1) *Semaine Médicale,* 25 fév. 1910.

liquide céphalo-rachidien clair et transparent. Le liquide, plus abondant à gauche, comprimant la face postérieure de l'hémisphère gauche est certainement la cause de l'atrophie de l'œil droit, et des attaques épileptiformes observées, quoique ces dernières ne se soient montrées qu'après la disparition de l'infection sanguine, l'atrophie oculaire en témoignant.

Le liquide céphalo-rachidien, obtenu clair et sans mélange d'hématies, a infecté deux souris au bout de six jours, alors que deux autres souris, inoculées en même temps avec le sang sont restées indemnes.

De l'aliénation mentale dans la trypanosomiase humaine

par A. Thiroux

L'aliénation mentale est fréquente dans la trypanosomiase humaine. Nous en avons, en effet, observé en deux ans, six cas sur soixante malades du sommeil, qui sont passés par le village de ségrégation, que nous avons installé au Sénégal ; soit une proportion de 10 %. Trois malades sont arrivés présentant déjà des symptômes caractérisés ; chez les trois autres, les symptômes se sont produits pendant leur séjour au village de ségrégation, au cours ou au début traitement, ou entre deux traitements.

Les formes observées sont très variables. Le plus souvent c'est la confusion mentale que l'on observe, les malades prononcent des phrases dénuées de sens ou alignent des mots sans suite. Très fréquemment ils chantent d'une façon constante jour et nuit et présentent du noctambulisme. La confusion mentale peut être accompagnée de délire furieux, principalement sous forme d'accès durant quelques jours. C'est souvent alors le symptôme initial et celui qui domine au début. Les malades se précipitent en vociférant et en prononçant des phrases dénuées de sens sur ceux qui les entourent et les battent.

Une autre forme de l'aliénation trypanosomiasique se manifeste par des idées de grandeur, qui peuvent affecter une forme systématisée, un de nos malades voulait être traité en chef de province. La manie de la persécution est le plus souvent liée à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, les malades voient des ennemis qui sortent des parois de leurs cases et les injurient. Comme la précédente, cette forme peut être accompagnée d'accès de délire furieux. Un de nos malades atteint de la manie de la persécution tirait des coups de revolver dans le village de Nianing. Dans tous les cas, les malades non traités ou traités trop tard meurent dans le gâtisme. Nous avons observé une fois de la coprophagie.

Très fréquemment, principalement lorsque la folie doit présenter le caractère furieux, les malades sont tout d'abord atteints de manie ambulatoire; ils disparaissent des journées entières du village de ségrégation et souvent ils présentent de la kleptomanie, volant dans les magasins et les marchés au cours de promenades sans but déterminé.

Les actes délictueux que peuvent commettre les malades du sommeil, qu'ils précèdent ou non une manifestation bien caractérisée d'aliénation mentale doivent être bien connus. Nous avons vu un garde indigène, vieux serviteur, jusque là très bien noté, révoqué pour brutalités et rapines diverses, entrer à l'hôpital civil pour tuberculose, et être reconnu atteint de trypanosomiase.

Trypanosoma gambiense doit donc être recherché dans tous les cas d'aliénation mentale, chez les sujets qui ont séjourné à la côte occidentale d'Afrique et principalement au Sud du Sénégal. Cette recherche a d'autant plus d'importance que, d'après nos observations, dans un très grand nombre de cas, l'amélioration obtenue par le traitement permet aux malades de vivre de la vie de tout le monde pendant un certain temps. Deux de nos malades ont vu ainsi disparaître sous l'influence d'un traitement atoxyl-orpiment toutes leurs manifestations psychiques pendant six mois et un an. Ils sont morts à la suite d'attaques épileptoïdes répétées, l'un d'eux a présenté aussi de l'hynose pendant les derniers temps, mais dans aucun cas il ne s'est produit de rechute de folie. Un troisième malade, d'abord interné à l'hôpital civil, a pu après le traitement par l'atoxyl émétique d'aniline, être évacué sur le village de ségrégation, où il vit là librement au milieu de ses camarades, ne présentant plus d'aliénation mentale, sans toutefois que *Trypanosoma gambiense* ait disparu de son sang.

Si dans ces cas on n'obtient pas la guérison, il est déjà très beau de pouvoir, tout en augmentant la durée de la vie, faire échapper le malade à la folie et à l'internement pendant le temps qui lui reste à vivre et ce résultat rémunère largement la peine que l'on se donne pour faire un diagnostic, qui demande un travail un peu spécial, car la folie trypanosomiasique, présentant tous les symptômes qui se rencontrent dans la paralysie générale, il est impossible d'en faire le diagnostic sans examen bactériologique.

Presque toutes les colonies de l'Afrique occidentale possèdent des laboratoires où le diagnostic peut être fait, c'est ainsi que dans les hôpitaux de Saint-Louis où l'on examine systématiquement tous les aliénés ayant séjourné dans les régions où sévit la maladie du sommeil on a pu dépister parmi eux un certain nombre de trypanosomiasiques. Mais comme tous les malades, sur tous les points du littoral, ne passent pas par les mains de spécialistes entraînés à la recherche de *Trypanosoma gambiense*, et que, d'autre part, un cer-

tain nombre de fonctionnaires peuvent rentrer en Europe, atteints de trypanosomiase, sans que le diagnostic put en être fait, on rencontre en Europe un certain nombre d'aliénés trypanosomiasiques, pour lesquels il est possible de faire quelque chose au point de vue thérapeutique lorsqu'on les connaît. On ne pouvait donc trop désirer voir la question portée à l'ordre du jour d'un congrès international d'aliénistes et nous sommes heureux de voir nos savants collègues y apporter un si réel intérêt.

Quelques colonies, ne pouvant supporter les frais d'entretien d'un asile d'aliénés, trouvent un avantage à envoyer leurs malades dans des asiles de la métropole, c'est plus particulièrement dans ces asiles que l'étude de la maladie du sommeil permettra aux spécialistes des maladies mentales de rendre de grands services.

D'autre part, la proportion assez élevée d'aliénés appartenant à la maladie du sommeil impose dorénavant l'obligation de prévoir des cabanons dans les villages de ségrégation, dont la création tend à se généraliser dans les pays où sévit la trypanosomiase humaine.

Communications relatives aux Narcolepsies

Le réveil : son importance capitale

par le Dr L. Demonchy (de Paris)

Déjà en 1905, à Liége, au premier Congrès belge de Neurologie et de Psychiâtrie de langue française, reprenant les études que j'avais communiquées dès le 15 novembre 1904, à la Société d'Hypnologie et de Psychologie, j'avais rappelé les travaux de Braid, et j'avais fait remarquer que bien qu'il eût génialement tiré l'hypnotisme du magnétisme empirique et qu'il lui eût assigné une place scientifique, il n'avait pas été complet .Il avait signalé ce fait important : les sujets qui dormaient ne pouvaient pas ouvrir les yeux; l'occlusion des paupières était un phénomène réel; il n'y avait ni connivence, ni supercherie. Autrement dit, les sujets endormis d'après les procédés des magnétiseurs d'alors, dormaient réellement par suite d'un retentissement sur le système nerveux. De là, il avait déduit l'hypnotisme ou « sommeil nerveux », selon sa propre définition.

A mon tour, étudiant expérimentalement ces mêmes questions, je disais : il existe un autre phénomène que Braid n'a pas mis en valeur,

c'est celui contraire à l'occlusion, celui de la « réouverture des paupières ».

L'observation clinique me conduisit donc à étudier ce double phénomène de la réouverture des paupières et du réveil. Je signalais les faits cliniques suivants :

Réouverture des paupières avec réveil ;

Réouverture des paupières sans réveil ;

Réouverture des paupières avec réveil provoqué.

Je concluais en disant que si Braid faisait de l'occlusion des paupières un signe certain du sommeil, le contraire « la réouverture des paupières » n'était pas forcément le signe du réveil.

De là mes études sur le réveil et leurs conclusions psychothérapiques.

Hypnothérapie et psychothérapie sont deux méthodes cliniques qui doivent se compléter et non s'opposer, car toutes deux bien conduites doivent aboutir à un même résultat, au réveil de l'individu.

Le phénomène du réveil est d'une importance capitale : il faut bien que les individus en état de sommeil viennent à se réveiller. Aussi, en 1909, à mon cours à l'École de psychologie, et à la Société d'hypnologie, ai-je à nouveau attiré l'attention sur le phénomène du réveil et sur son importance. Il est du plus haut intérêt pour l'individu et pour le corps social entier que chacun de nous soit complètement réveillé, et ne reste pas plus ou moins endormi.

Nous en trouvons la preuve dans l'effort couronné de succès tenté par la Belgique, et qui doit nous servir d'exemple, pour faire règlementer l'exercice de l'hypnotisme. En effet, depuis et à cause des Braid, des Charcot, des Liébault, et de tant d'autres, l'hypnotisme avait joui d'une vogue mondiale. Malheureusement des personnes non autorisées en abusèrent et le discréditèrent en laissant leurs sujets imparfaitement réveillés. Par la force de la loi, la Belgique sut ramener l'hypnotisme entre les mains des médecins et des savants et il faut l'en remercier. Car peu importent les opinions actuelles ou passées, l'hypnotisme eut cette utilité incontestable de diriger les esprits vers une thérapeutique nouvelle et vers des études approfondies sur le sommeil.

L'abus et non l'usage du sommeil provoqué avait amené une réaction et l'attitude scientifique qui s'impose en pareille matière est de s'occuper du réveil.

Certes pour bien connaître le réveil il faut connaître le sommeil : mais la réciproque est vraie, et pour se rendre un compte exact de ce qu'est le sommeil, il faut savoir apprécier la valeur et l'étendue du réveil. Ce sont deux études qui doivent marcher de pair et qui sont destinées à se compléter l'une l'autre.

Une chose est évidente. Bien que le sommeil soit un accident quo-

tidien de la vie et relativement d'une longue durée, il est encore peu connu. Vouloir se prononcer et trancher entre toutes les théories émises est chose encore hasardée et difficile. Cependant une notion semble s'imposer: le sommeil est fonction active de l'être, et intervient pour prévenir l'épuisement réel (Claparède).

Cette notion est très intéressante et complique singulièrement la position de ceux qui sont tentés de simplifier les difficultés en admettant le ou les centres du sommeil. D'abord il faudra les ou le localiser très exactement. Puis en, admettant, qu'ils existent, il faudra en démontrer l'application, c'est-à-dire, expliquer ce qu'est l'épuisement et son action sur ces centres. Que de théories vont naître. D'autres chercheront les centres d'épuisement. La question ne sara pas élucidée par le seul fait de l'existence d'un ou de plusieurs centres de sommeil; elle sera toutefois dégagée de pluseurs obscurités.

Les mêmes questions se posent pour le réveil. Dès 1896, M. Raphaël Dubois (de Lyon), invoquait des centres de réveil qu'il plaçait dans les régions voisines du troisième ventricule. Qu'il y en ait un ou plusieurs, c'est encore à démontrer, mais il faudra de plus expliquer comment ils entrent en action et quelles excitations les font agir. D'autres expérimentateurs ne manqueront pas de chercher des centres d'excitation.

Il est évident que le sommeil se manifeste par une cessation et le réveil par un regain d'intérêt pour les choses environnantes. Mais ce sont des faits concommittants et non des causes.

Laissant les théories et faisant appel à la physiologie, le sommeil doit être considéré non comme un phénomène simple, unique, mais comme un phénomène complexe. Le sommeil comporte deux états divers et se subdivise en sommeil d'organes et sommeil des fonctions de relation. Chacun de ces deux sommeils présente des degrés divers en profondeur, durée, étendue.

Tout le monde ne dort pas de la même façon: le même individu non plus, les circonstances les plus variées ont leur influence.

Le sommeil sera donc plus ou moins général, plus ou moins local, limité à tel ou tel organe ou ensemble d'organes, à telle ou telle fonction ou ensemble de fonctions; plus ou moins profond, d'une durée plus ou moins longue.

On conçoit donc des sommeils d'organes ou organiques, des sommeils de fonctions ou fonctionnels, ce qui explique bien des états appelés névroses. Ainsi, l'on pourra dire sommeil de muscles, sommeil de conscience, de telle ou telle faculté, etc.

De même que le sommeil, le réveil, lui aussi, présente des aspects différents. Les invidus ne se réveillent pas tous de la même façon: le même individu non plus. Tout dépend des circonstances.

J'insiste sur ce point important: il y a des degrés pour le réveil

comme pour le sommeil. Le réveil peut être imparfait, local, limité à tel ou tel organe ou à telle ou telle fonction. Or, l'état de veille, que nous connaissons fort peu, ne peut être normal si le réveil au lieu d'être complet en étendue, profondeur, durée, n'est que partiel par exemple, par rapport à la conscience, ou aux organes, fonctions, facultés intellectuelles, morales, etc., etc.

Il ne faut pas s'illusionner, nous vivons entourés de gens qui vont, viennent, parlent, agissent, ont les yeux ouverts et dorment plus ou moins, parfois même sur plus d'un point ; nous trouverons donc qu'il y a plus de gens qui dorment et que nous devons réveiller, que de gens éveillés que nous devons endormir.

Et qu'on ne vienne pas dire que ce sont tous des hystériques, car alors qui ne serait pas hystérique ? En effet, en dehors même des hystériques, depuis l'écolier jusqu'à l'homme de science, qui de nous ne dort sur un ou plusieurs points ? Les animaux eux aussi comme les hommes.

Somme toute on n'a pas encore déterminé d'une façon exacte où commence le réveil et où finit le sommeil. Et il ne parait pas inutile de se demander quel est l'état normal : celui de sommeil avec des périodes de réveil plus ou moins complet ou celui de veille coupé de périodes de sommeil à des degrés différents. Autrement dit, l'homme n'est-il pas un individu qui dort toujours sauf aux périodes d'excitations qui le tirent momentanément de son sommeil, plutôt qu'un individu qui veille, sauf aux moments où il répare ses forces par le sommeil. Et selon que l'on admettrait l'un au l'autre de ces points de vue, on devrait dire : le sommeil est l'état naturel, le réveil l'état d'exception ; ou bien, l'état de veille est l'état normal, le sommeil, calui d'exception.

En fait, parmi les gens qui viennent nous consulter, nous en trouverons de très nombreux qui dorment depuis plus ou moins longtemps, plus ou moins partiellement, légèrement ou profondément, et nous constaterons que nous avons davantage de gens à réveiller que de gens éveillés à endormir ; et que l'ouverture des paupières n'est pas toujours un signe de réveil.

Ce qui s'impose à nous médecins, c'est de transformer ces dormeurs éveillés en êtres *réveillés*, c'est-à-dire en individus vivant en un état réel de veille et non en un état plus ou moins déprimant de sommeil, de somnolence, de monoidéisme plus ou moins limité.

Ainsi ce qui doit être le sujet de nos inquiétudes, n'est pas, si nous pouvons ou non endormir les gens, c'est si oui ou non nous pouvons les réveiller complètement, totalement, intégralement.

En un mot, le réveil et non le sommeil, doit être notre but et le réveil est la base de la psychothérapie moderne qui a pour finalité de transformer un état de sommeil plus ou moins défini ou indéfini, en un état de veille normal et complet, de changer des gens qui dor-

ment en des gens normalement et complètement réveillés, c'est-à-dire ayant à leur disposition l'usage entier et sans obstacle de toutes leurs facultés, fonctions, organes, etc.

C'est donc la recherche du réveil, mais du réveil complet, intégral, total de toutes nos fonctions, organes, et facultés qui est le point important. C'est aussi le point difficile .Comment dépister la cause parfois éloignée, ignorée du malade ou encore cachée volontairement par lui ? Recherche longue, difficile, ingrate, souvent retardée ou rendue impossible par le malade lui-même qui ne veut pas soulever le voile nous dérobant sa personnalité vraie, ou simplement un détail ennuyeux pour lui de cette personnalité. Et ce détail est parfois la cause de tout le mal. Mais aussi combien fructueuse en ses résultats est notre analyse psychique lorsqu'elle a trouvé le point fatal, le défaut de la cuirasse, l'épine morale parfois si subtile qui entretenait le mal et causait le sommeil des moyens de défense, la paralysie, l'inhibition des modes de réaction de l'être.

Cette recherche, cette analyse psychique est la base de toutes les thérapeutiques mentales et morales de nos jours, qu'elles soient mystiques, religieuses, morales, métaphysiques, persuasives, rééducatrices ou simplement de conversation, et elle aboutit à réveiller chez l'individu le point qui sommeille.

Bien que voilé sous des formes mystiques et parfois mystérieuses, tout est basé sur ce point spécial : le réveil. Savoir réveiller la conscience ou l'énergie de ses malades, leur restituer leur pouvoir de contrôle, tout est là.

Les médecins psychothérapeutes modernes ne font pas autre chose que les mystiques et les religieux, avec cette différence qu'ils s'appuient sur des données d'investigation scientifique, et s'adressent aux pouvoirs inhérents au malade, tandis que les seconds réclament de leurs malades de faire appel à un pouvoir supérieur, à un principe en dehors d'eux, principe affirmé un peu différemment suivant les données de la secte ou de la croyance.

Comment se produit le réveil ? Spontanément, lorsque l'état d'épuisement étant réparé, les centres nerveux sont aptes à réagir aux excitations nécessaires à la production du réveil : d'une façon provoquée, soit par excitations organiques ou internes, par préméditation, rêves, habitudes, soit par des excitaions extérieures, manœuvres diverses, ou bruits variés.

En fait, il faut une excitation. Réveil, veut donc dire, excitation suffisante pour tirer de l'état de sommeil : le mot excitation étant pris dans le sens de « stimulus ».

L'art du réveil consiste donc à savoir trouver l'excitation appropriée.

L'excitation devra être propre à intéresser l'individu : le sommeil s'accompagnant d'une diminution d'intérêt pour les choses extérieures.

Elle devra être physiologique, c'est-à-dire être un mélange de repos et d'excitation pour prévenir l'épuisement qui ne manquerait pas de se produire dans des organes et dans des fonctions qui ont perdu l'énergie nécessaire pour se maintenir en état de veille.

Les excitations devront être répétées, le sommeil ne perdant son empire sur la conscience humaine et ne se transformant en état de veille que par des excitations sans cesse répétées, soit physiques, soit intellectuelles ,morales, alimentaires, etc.

Les méthodes seront différentes et adaptées aux besoins de l'individu en dehors de tout préjugé d'école.

Les uns auront besoin de sommeil provoqué, d'hypnose, de suggestion hypnotique ; les autres, non : les suggestions à l'état de veille et les diverses méthodes psychothérapiques suffiront.

Pour les premiers, il est un principe qu'il faut ériger en axiome : *pour réveiller, il faut savoir endormir.*

Dans ce cas le sommeil provoqué reste ce qu'il est, non pas un moyen d'en imposer à un malade, mais une technique, un procédé nécessaire en l'espèce chez certaines personnes, pour diminuer les réactions impérieuses et contraires. Le but reste toujours le réveil : mais le réveil complet, total, intégral.

C'est ce que je disais en février 1909 à la Société d'hypnologie (*Revue de l'hypnotisme*, mars 1909, pp. 281 et suiv.), à propos d'une femme qui pleurait parce qu'elle ne pouvait passer de l'idée à l'acte, et dont l'image motrice dormait en quelque sorte en elle : « *Il faut les replonger à nouveau dans le sommeil provoqué pour les réveiller de nouveau, mais alors complètement.* » Du reste, ce sont les malades eux-mêmes qui, souvent ,demandent à être endormis, et le sommeil s'obtient par des procédés différents, depuis la fixation du regard jusqu'aux suggestions armées et aux narcoses médicamenteuses.

Pour les autres toutes les méthodes psycho-thérapiques sont bonnes sans qu'il soit nécessaire de provoquer le sommeil, chose du reste très compréhensible puisque, en somme, ils dorment déjà sur un ou plusieurs points et que c'est le réveil qu'il faut déterminer chez eux.

Je citerai comme exemple le cas suivant de sommeil invincible chez une femme de plus de cinquante ans.

Cette femme, professeur distingué, mise récemment à la retraite, a été prise depuis qu'elle ne fait plus sa classe, d'accès de sommeil invincible. Subitement elle s'endort et se réveille de même.

La durée du sommeil est variable et les accès se présentent à des temps indéterminés. Exemple :

Avril : du 1er au 2, du 5 au 8, du 11 au 13, du 19 au 20, du 25 au 26 ;

Mai : du 1er au 2, du 10 au 15, du 17 au 18 ;

Juin : du 7au 8 ;

Juillet : du 8 au 10, le 13, le 15, du 17 au 19.

Les crises semblent s'espacer et aller en diminuant. Pourquoi? Parce que, contrairement à ce que faisait l'entourage effrayé, je recommandais de ne pas troubler le sommeil, mais de s'occuper du réveil. On cessa de s'occuper de son sommeil, de le lui rappeler, de s'en extasier, de lui en parler comme d'une chose extraordinaire, mais pendant son réveil on s'efforçait de lui trouver des excitations douces, calmes, des images reposantes. Au lieu de tourmenter son sommeil, de la torturer par des traitements intempestifs et désastreux dans leurs effets, le mieux était de la laisser dormir pour qu'elle se reposât et qu'ainsi son réveil fut normal et complet. Et c'est quand elle sortait de l'état de sommeil que je m'efforçais de réveiller tous les états de conscience endormis et toutes les facultés morales et intellectuelles qui sommeillaient en elle. C'était le réveil que je soignais et que je préparais d'avance.

La façon dont se produira le réveil n'est pas indifférente au malade. Il peut y avoir des réveils incomplets, pathologiques, désastreux. C'est ce qu'il faut éviter.

Exemples: Une femme de 28 ans, tombe des marches d'un perron. A la suite de ce traumatisme, des contractures apparaissent aux extrémités inférieures. Lui est-il indifférent de se réveiller indemne de contracture ou les tendons sectionnés par un chirurgien?

Un garçon de 7 ans, amaigri, émacié, condamné comme tuberculeux est guéri après un traitement tant physique que rééducateur de la volonté. Est-il indifférent que ses centres nerveux soient réveillés par une méthode appropriée ou qu'il meure gorgé de médicaments et refusant toute nourriture?

Croyez-vous qu'un malade opéré souffrant toujours malgré l'opération et chez lequel la conscience vient à se réveiller par suite de l'application d'une méthode appropriée, ait lieu d'être satisfait lorsqu'il se rend compte que l'opération eût pu être évitée et la souffrance annihilée par un traitement psychothérapique?

Et combien de cas de ce genre!

La chose importante est donc, non pas d'endormir un malade éveillé, mais de réveiller un malade plus ou moins localement endormi.

De son côté, le malade ne se regardera pas comme guéri s'il n'est pas complètement réveillé dans toutes ses fonctions.

C'est donc la recherche du réveil qui est le point le plus important, c'est aussi le plus difficile.

Il faut donc concevoir qu'il a des réveils d'organes, des réveils de fonctions: qu'il faut *savoir réveiller* les fonctions annihilées par suite de non-activité ou sommeil de leurs centres organiques. Par suite d'une modification quelconque la fonction sommeille, il faut la réveiller.

Ainsi envisagée, réveil des centres nerveux, réveil des organes, réveil des fonctions qui dorment, réveil des activités qui rétablissent l'équilibre entre l'organe et la fonction, la question du réveil gagne et en intérêt et en étendue.

En résumé, et comme conclusion :

L'ouverture des paupières n'est pas fatalement le signe du *réveil*. Nombre de gens ont les yeux ouverts, paraissent éveillés et cependant dorment d'un sommeil plus ou moins profond, durable, localisé.

C'est donc la *Capacité du réveil* plus ou moins complet dont l'individu est susceptible qu'il faut pouvoir discerner.

Savoir non pas seulement endormir, mais surtout *réveiller :* tout est là. Pour cela, deux méthodes principales à choisir et à appliquer selon les cas :

1° *Axiome* en apparence contradictoire : *Pour réveiller, il faut savoir endormir*. Méthode du *sommeil* provoqué.

2° Méthodes psychothérapiques de *réveil provoqué* sans passer par le sommeil provoqué, le sommeil existant déjà d'une certaine façon chez les sujets.

Nécessité pour les deux méthodes d'arriver au réveil nécessaire, total, complet, intégral.

Comme dernière conclusion :

Le *but final* de toutes les méthodes, soit hypnothérapiques, soit psychothérapiques, doit être de *Provoquer le réveil de l'individu*.

Crises de narcolepsie dans la sclérose en plaques

par M. Chartier (de Boulogne-sur-Seine)

Les crises de narcolepsie dans la sclérose en plaques ont été très rarement observées ; elles ne sont nullement signalées dans les ouvrages classiques et nos rapporteurs ne les ont point mentionnées. Cependant, en dehors des crises épileptiformes, des vertiges, des attaques apoplectiformes et des étourdissements par ictus bénins, qui sont des manifestations relativement fréquentes de cette affection, et en dehors des phénomènes hystériques ou de stupeur mélancolique qui y sont parfois associés, de véritables crises de narcolepsie peuvent survenir dans des cas manifestes de sclérose en plaques, pendant une certaine période de l'évolution de la maladie. Nous résumerons rapidement les observations des deux malades chez lesquelles ce symptôme a été observé.

Observation I (1): — Malade de 34 ans. Mère morte à 54 ans d'une affection similaire. Dès l'âge de 21 ans, elle commence à tituber d'une façon passagère. A 27 ans, après une grippe, pendant quelques semaines, grande faiblesse des jambes et bredouillement. A 29 ans, apparition d'un état de narcolepsie persistant pendant un an. Elle dormait alors vingt-trois heures sur vingt-quatre, prenant à peine le temps de manger et s'endormant à table, bien qu'elle luttât contre le sommeil de toute son énergie. Le sommeil venait très rapidement, mais non d'une façon brusque; elle pouvait t résister quelques minutes, en se levant. Elle se réveillait à deux reprises, pour le déjeuner et le dîner. Nous n'avons pas plus de renseignements sur ce sommeil, car la malade n'était pas encore entrée à l'hôpital. Pendant cette période, les troubles de la motilité s'accentuèrent considérablement et persistèrent dans la suite; puis, survint une diplopie transitoire par parésie du droit externe, et de légères modifications du psychisme consistent en de l'hyperémotivité et de l'inégalité du caractère. A 34 ans, la malade présente les symptômes typiques de la sclérose en plaques : démarche paréto-spasmodique et cérébelleuse, asynergie cinétique, exagération des réflexes, tremblement intentionnel, troubles de la sensibilité profonde, parole scandée, parésie des droits externes, nystagmus, rire et pleurer spasmodiques, et enfin une grande fatigabilité. Actuellement, le sommeil est encore profond et prolongé mais normal; la malade dort quatorze heures environ par jour, ce qui d'ailleurs n'a rien d'étonnant chez une malade d'hôpital, impotente. On ne trouve dans ses antécédents aucune manifestation hystérique, et bien que la malade ait présenté récemment et d'une façon transitoire, une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, sans doute fonctionnelle, nous ne croyons pas devoir rapporter à l'hystérie l'état de narcolepsie très antérieur du reste à l'hémianesthésie. Notons enfin qu'elle n'est ni syphilitique ni épileptique.

Observation II. — La seconde malade est une femme de 35 ans, entrée au sanatorium de Boulogne-sur-Seine pour une astasie-abasie assez légère, considérée depuis un an comme d'origine uniquement fonctionnelle. Or, ce syndrome, associé à de l'agoraphobie, s'est en réalité développé à l'occasion d'une légère incertitude de la marche et de vertiges assez fréquents. A l'examen, on constate une parésie spasmodique des membres inférieurs, encore très peu accentuée, avec exagération des réflexes, ébauche du signe de Babinski et quelques secousses de clonus légitime. Aux membres supérieurs, exagération de tous les réflexes. Réflexes abdominaux inférieurs disparus, supérieurs très faibles. Les troubles de la sensibilité consistent en une hypoesthésie de la région du trijumeau à droite, une bande d'hypoesthésie lombo-abdominale, une diminution de la sensibilité osseuse aux extrémités inférieures. On relève en outre une certaine difficulté d ela miction, consistant en une attente prolongée, et il faut signaler qu'à deux reprises, en l'espace d'un an, elle a laissé échapper ses matières (femme n'ayant pas eu d'enfants). Le réflexe anal est du reste absent.

(1) Cette observation a été publiée par M. le Professeur Raymond dans la *Revue Neurologique* du 30 juin 1905.

Depuis un an, elle éprouve brusquement, à toute heure de la journée, des envies de dormir auxquelles elle ne peut résister plus de quelques instants. Ces crises durent d'ordinaire quelques heures; on peut la réveiller, bien qu'avec peine, mais elle se rendort aussitôt. Ce sommeil a toutes les apparences d'un sommeil normal; on ne constate alors ni tremblement palpébral, ni hyperexcitabilité neuro-musculaire, ni plasticité cataleptique; la perte de conscience est absolue, et au réveil la malade n'a aucune notion, même approximative, de la durée de son sommeil. Notons que le sommeil de la nuit est excellent et prolongé. Cette malade n'est ni syphilitique ni comitiale. Elle est très nerveuse, émotionnable, irritable, surtout depuis quelques années; mais elle n'a jamais présenté de manifestations hystériques avant cette astasie-abasie récente, directement en rapport avec les phénomènes organiques. Les crises de narcolepsie ne nous paraissent donc pas de nature hystérique comme celles de la précédente malade, elles doivent être considérées, à notre avis, comme des manifestations propres de la sclérose en plaques au début.

Les attaques de catalepsie partielle dans les lésions encéphaliques en foyer

par M. Klippel (de Paris)

Parmi les troubles qui surviennent secondairement dans les membres paralysés par lésions cérébrales en foyer, les uns sont permanents, comme la contracture, les modifications des réflexes, les tremblements, l'ataxie, et ne varient dans le temps que sous le rapport de leurs degrés.

D'autres ne surviennent que par accès et offrent des aspects cliniques et des modalités plus multiples et plus variables.

Telle est l'attaque d'épilepsie symptomatique se rapprochant parfois par la généralisation des convulsions et la perte de connaissance de l'épilepsie proprement dite. Partielle et localisée dans ses formes classiques, les convulsions se limitent aux membres paralysés et à la face. De tels accès sont souvent isolés, d'autres fois ils surviennent en se rapprochant les uns des autres pendant une période donnée; ou enfin se suivent étroitement sous forme d'état de mal.

D'autres attaques sont exclusivement caractérisées par des troubles sensitifs localisés de la même façon et consistant en paresthésies analogues à celles des aura des crises motrices.

D'autres atteintes encore consistent dans des troubles psychiques, des délires intermittents, à évolution rapide, de la confusion mentale et de la stupeur passagères.

Ces symptômes sensitifs ou psychiques sont, en raison de leur

évolution et de leur pathogénie considérés à juste titre comme des équivalents des accès convulsifs.

Il faut y ajouter encore des attaques de catalepsie partielle.

Un malade que j'ai observé à l'hôpital Tenou alors qu'il était âgé de 28 ans, présentait depuis son enfance une hémiparésie gauche des membres et de la face.

La lésion cérébrale qui était à l'origine de cette paralysie, s'était produite dans les circonstances suivantes qui ne laissent aucun doute sur sa nature.

Tandis que le malade était encore en nourrice et qu'il était un jour couché dans son lit, il fut enlevé par d'autres enfants qui le laissèrent tomber à terre, accident qui fut suivi d'une fracture du crâne.

A partir de cette chute, il eut des convulsions très violentes qui, dit-on, mirent ses jours en péril. Un abcès volumineux se forma sur le crâne ,abcès qui fut ouvert par un médecin.

Ses crises se répétèrent assez souvent dans la suite, en même temps que le côté gauche fut paralysé. Habituellement, elles étaient espacés de deux ou de plusieurs mois.

Elles sont devenues plus fréquentes au moment où je vois le malade, alors âgé de 28 ans.

Le jour de son arrivée à l'hôpital, le malade est plongé dans un état de torpeur assez profonde. Il faut insister, en l'interrogeant, pour qu'il réponde; cependant il répond exactement aux questions qu'on lui pose. Il se plaint de maux de tête et de douleurs lombaires. La céphalalgie siège sur la région occipito-pariétale droite. La main appuyée doucement sur cette région permet de se rendre compte de l'enfoncement de la boîte crânienne et perçoit une sensation de mollesse comparable à celle d'un œuf cuit dépaillé de sa coquille.

Les yeux sont larmoyants, les conjonctives injectées; la lumière augmente la céphalée.

Les crises. — Tantôt elles se produisent sans causes nettes, tantôt elles sont liées à des efforts, à des émotions morales, même à de simples mouvements et pendant les périodes où elles se produisent par série, il suffit, pour les provoquer, de l'attouchement du tégument externe avec la tête d'une épingle.

Elles débutent par une aura sensitive consistant en une sensation d'engourdissement et de fourmillement dans le membre supérieur gauche.

Puis le pouce de la main gauche est pris de légers mouvements de flexion et se replie vers la paume de la main. La main elle-même se fléchit, mais incomplètement, sur l'avant bas; celui-ci se rapproche lentement du bras et le bras se raidit en s'élevant à la hauteur de l'épaule.

Les quatre derniers doigts se plaçent dans l'extension, l'index et le médius étant complètement redressés.

Le membre tout entier reste alors fixé dans la même position au-dessus de la planche qui borde le lit du malade et cela pendant toute la durée de l'attaque, reproduisant un geste indicateur, sans tremblement ni convulsion. Le regard reste fixe, les globes oculaires et la tête se tournant vers la gauche.

Alors, l'aspect du malade, le bras levé, les doigts étendus, les yeux et la tête immobiles, figé en cette position, comme s'il désignait de son geste un point précis, est vraiment celui du cataleptique.

Après le bras, la contracture se propage au membre inférieur : la jambe se fléchit sur la cuisse, la cuisse sur le bassin, demeurant aussi dans l'immobilité. Parfois seulement la rigidité des membres se complique d'un léger tremblement. La durée des crises est d'environ deux minutes.

Jamais il n'y a de cris initial, ni de morsure de la langue, ni d'écume à la bouche, ni d'incontinence d'urine. Il n'y a point non plus de perte de connaissance ; le malade entend et comprend ce qu'on lui dit, mais il est incapable de répondre aux questions. La sensibilité est normale, les réflexes sont exaltés à gauche. Il n'y a ni trouble pupillaire, ni rétrécissement du champ visuel, ni hémianopsie.

Une constipation opiniâtre, mais sans vomissement, accompagne habituellement les époques de crises.

Le pouls se ralentit à 56 ; la température oscille entre 37, 37.5 et 38°.

Voilà donc dans un membre paralysé une crise de mouvement rigide, un bras qui se soulève automatiquement, des doigts qui s'étendent, un geste catatonique qui s'effectue toujours le même en un ou en plusieurs accès successifs, une position du membre supérieur qui demeure fixe, aussi bien que l'attitude du sujet marquée par la rotation de la tête et des yeux, ainsi qu'on pourrait les produire dans l'état de flexibilité de cire, suivant l'expression des pathologistes, parlant de la catalepsie.

Une aura sensitive très analogue par ses caractères et son siège à l'épilepsie jacksonienne marque le début de chaque accès, de légers mouvements convulsifs du pouce sont l'ébauche de la convulsion épileptiforme ; un foyer encéphalique existe du côté opposé à ces phénomènes ; il y a accès simple ou accès en série de deux minutes chacun, tous signes qui sont de nature à établir un rapprochement clinique et pathogénique entre la crise épileptiforme et la crise catatonique, l'une apparaissant comme l'équivalent de l'autre.

Ces analogies sont assez nettes pour qu'il soit inutile d'y insister et cette conclusion s'impose : *qu'à côté de la crise purement senso-*

rielle, de la crise convulsive, de la crise délirante, il faut inscrire l'accès cataleptique partiel lié à une lésion encéphalique en foyer.

Mais outre les analogies de ces diverses formes, il y a aussi les différences qu'elles présentent entre elles, différences cliniques, impliquant des variations de détails anatomiques ou pathogéniques.

Les crises sensitives isolées ou liées aux accès convulsifs peuvent s'expliquer facilement par l'atteinte des zones de l'écorce qui président à la sensibilité du membre paralysé, zones d'ailleurs très voisines des zones motrices, les attaques relevant de l'exacerbation du processus irritatif qui est paroxystique.

Les troubles psychiques peuvent également accompagner la crise motrice et se caractériser surtout par l'obnubilation, la torpeur ou l'état stupide; ils constituent parfois des crises délirantes isolées, et peuvent être considérés, eux aussi, comme l'extension paroxystique de la lésion locale à d'aures régions de l'encéphale. En cela il a donc une question de diffusion congestive, irritative, toxique, ou autres, d'un même processus.

Reste la variabilité des troubles moteurs et en particulier de la crise à forme cataleptique.

Si l'on envisage l'ensemble des cas d'épilepsie symptomatique, on remarque tout d'abord que la crise offre d'assez grandes différences individuelles.

Certes, la crise convulsive de l'épilepsie dite essentielle, de l'épilepsie névrose, est beaucoup plus uniforme dans la série des malades que ne l'est celle de l'épilepsie symptomatique.

Cela revient à dire que dans cette dernière, le mode d'action pathogène est plus susceptible de variation.

Beaucoup de cas d'épilepsie jacksonnienne n'offrent que très peu d'analogies avec le mal comitial.

Assez souvent, au lieu de mouvements cloniques proprement dits, on y observe des mouvements plus réguliers : le membre s'élève en contracture, certains doigts étant seuls agités de convulsion. Les cas de ce genre constituent en quelque sorte la transition entre l'accès épileptique et l'accès cataleptique dans toute la netteté où il fut observé chez notre malade.

Sans doute le mode d'action qui provoque des crises de formes diverses peut seul expliquer les diversités cliniques. Mais quels sont ces modes d'action ? Peut-on admettre, pour expliquer un état cataleptique aussi net l'association d'une névrose à la façon dont un traumatisme ou une lésion du cerveau produisent l'hystérie ? Ces analogies seraient sans doute injustifiées surtout si l'on considère les transitions que nous venons de signaler dans la série des cas individuels.

Une poussée congestive ou subinflammatoire, nettement attestée par les conditions provocatrices des attaques, par les maux de tête à siège fixe et par la constipation qui les accompagnent, peut expliquer logiquement les variétés d'accès par ses degrés particuliers et ses localisations spéciales à tel ou tel cas.

Parmi les causes provocatrices, les fatigues, l'autointoxication, l'infection accidentelle ont un rôle important. Or la nature et la provenance des toxines peuvent aussi par leur mode d'action particulier et leurs affinités, être à l'origine de la diversité des cas.

C'est dans cet ensemble de faits qu'il faut sans doute chercher les raisons de l'accès à forme cataleptique.

La dormeuse d'Alençon ; son réveil par la narcose éthyl-méthylique

par le Dr Paul Farez (de Paris)

Joséphine..., âgée de 32 ans, domestique, a, depuis quinze ans, cinq à six fois par an, de grandes crises hystériques, durant une heure ou deux, desquelles elle sort extrêmement fatiguée, avec incapacité complète de travail pendant plusieurs jours.

Entrée à l'hospice d'Alençon, le 22 janvier 1910, pour fatigue, épuisement, asthénie générale, elle est, au bout de quelques jours, frappée d'aphonie ; ses cordes vocales, examinées par le Dr Léon Chambay, laryngologiste, ne présentent aucune lésion ; il s'agit d'un nouvel incident hystérique. Entre temps, on la soigne pour de l'embarras gastrique.

Très tourmentée de ne pas se rétablir vite, elle craint de ne plus jamais être en état de gagner sa vie ; elle voudrait pouvoir retourner dans son village. Elle devient triste, geignarde, découragée. Le 11 juin, elle est particulièrement nerveuse et mécontente ; on la quitte à 6 heures du soir ; quand on revient auprès d'elle, à 7 heures, elle dort du sommeil dont je la vois encore dormir quarante jours après, le jeudi 21 juillet 1910.

Au début, elle présente de la constriction des mâchoires. On essaie de l'alimenter par le nez, mais on y renonce, à cause des crises de suffocation qui surviennent. Le Dr Chambay père, médecin en chef de l'hospice, armé d'un ouvre-bouche, écarte les maxillaires et introduit une sonde œsophagienne ; dès lors, c'est ainsi qu'on l'alimentera et les masséters ne seront plus contracturés ; elle garde même, continuellement, la bouche grande ouverte. Elle prend, deux fois par jour, un litre de lait et un jaune d'œuf, que l'on verse directement dans l'estomac, à l'aide de la sonde munie de son entonnoir. Elle ne présente pas d'amaigrissement notable. Un lavement, donné tous les deux jours, provoque une garde-robe satisfaisante. Elle urine sous elle. Ses règles sont survenues, il y a une

semaine, et ont duré quatre jours. Le pouls varie de 65 à 70. La température avoisine 36° (1).

C'est manifestement un sommeil hystérique, semblable, dans ses grandes lignes, au type constitué par Charcot, mais aussi avec ses variantes individuelles.



L'anesthésie est généralisée à toute la surface cutanée ; il y a suspension apparente de l'audition, de la vue et du goût ; la malade ne paraît pas s'apercevoir de l'amertume du sulfate de quinine que j'ai déposé sur chaque moitié de sa langue ; mais, à la longue, elle proteste contre l'inhalation de vapeurs d'ammoniaque ; donc la muqueuse olfactive est encore sensible, dans une certaine mesure. Il y a de l'anesthésie pharyngée ; je lui promène mon doigt dans la gorge ; elle ne paraît pas le sentir et aucun réflexe ne s'accomplit.

Chose curieuse, il n'y a pas ou guère de phénomènes convulsifs ; ses

---

(1) Tous ces renseignements m'ont été très obligeamment communiqués par M. le Docteur Chambay père, que je remercie tout particulièrement de son accueil empressé et cordial.

muscles sont mous, flasques, atones; elle reste horizontalement dans la position où on la place sur son lit; elle s'affaisse sur elle-même, si on l'assied ou la met debout.



Comme manifestations spontanées, pendant ses 40 jours de sommeil, on note, parfois, des mouvements de déglutition et quelques émissions de voix qui ressemblent à des grognements inarticulés; mais tout cela à intervalles très éloignés, tous les quelques jours seulement. Une fois, elle s'est placée spontanément sur le côté. Elle présente une continuelle trémulation des paupières, ce qui est un phénomène non seulement fréquent mais, pour ainsi dire, constant dans ces cas de sommeils hystériques.

Les réflexes pupillaire, cornéen, olécranien, cutané plantaire sont absents; le réflexe cutané absominal est très faible, celui du poignet nettement appréciable; le réflexe rotulien est très net; celui de la déglutition

est à peu près normal; toutefois on lui donne son lait avec la sonde, car il serait trop long de lui faire déglutir le litre de lait donné à la cuiller (1).

Elle réagit, dans une certaine mesure, aux impressions extérieures; quand on la pique ou la pince, elle ne paraît pas le sentir; toutefois, ses trémulations palpébrales augmentent d'amplitude et de fréquence. Elle a tâché d'éloigner sa tête du flacon d'ammoniaque qu'on lui présentait. Quand on plie fortement la jambe sur la cuisse, on sent, à la fin de la flexion, une légère résistance, qu'il est, d'ailleurs, très facile de vaincre. Par des pressions et tractions répétées et rythmées, je ferme puis j'ouvre plusieurs fois de suite, mais lentement, sa bouche : la malade achève d'elle-même le mouvement que je provoque, mais plus vite que je ne le dirige. Si l'on veut lui relever de force la paupière supérieure, on y arrive, sans trop de lutte; mais, au fur et à mesure qu'on la relève, le globe oculaire se révulse en haut, la pupille fuit et se laisse très difficilement voir. Si, d'autre part, sans prévenir la malade, on relève, d'un seul coup, par un mouvement brusque, la paupière supérieure, on voit nettement la pupille qui n'a pas eu le temps de fuir en haut.

Ce sommeil a déjà duré 40 jours; il pourrait durer 40 semaines, voire 40 mois, plus même. Dans le cas de Gésine (de Grambke), dont j'ai rapporté l'observation en 1904, le réveil n'est survenu qu'au bout de 17 ans; il s'est fait attendre 20 ans chez Marguerite B..., (de Thenelles), que j'ai étudiée, autrefois, en compagnie du D[r] Charlier d'Origny Sainte-Benoîte et au sujet de laquelle le D[r] Bérillon avait déjà publié, en 1887, une étude très documentée (2).

---

(1) La recherche de ces réflexes a été faite, avec un très grand soin, par M. le Docteur Baruk, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Alençon.

(2) A titre de documentation, voici les publications les plus récentes relatives à cette question :

BÉRILLON. *La léthargique de Thenelles,* Revue de l'Hypn., avril 1,87 (avec 2 figures) et 26 avril 1904.

CHARLIER (d'Origny-Sainte-Benoîte). *La dormeuse de Thenelles.* Discussion : Raffegeau, Paul Farez, Voisin et Bérillon. Revue de l'Hypn., sept. 1904.

Paul FAREZ. *Les sommeils pathologiques,* leçon d'ouverture à l'Ecole de psychologie, le 15 janvier 1904, Revue d el'Hypn., février 1904; — *Un sommeil de dix-sept ans,* Revue de l'Hypn., octobre 1904; — *La dormeuse de Remo,* Revue de l'Hypn., mai 1906; — *Un sommeil de trente ans,* Revue de l'Hypn., septembre 1907; — *Les sommeils pathologiques chez les animaux,* Revue de Pathologie comparée, novembre 1906 et Revue de l'Hypn., janvier 1907; — *La prétendue ressucitée de Nuremberg,* Revue de l'Hypn., janvier 1908; — *Un cas de sommeil hystérique avec personnalité subconsciente,* Revue de l'Hypn., avril et mai 1909.

WITRY. *Un cas de sommeil hystérique,* Revue de l'Hypn., sept. 1906.

Etienne JOURDAN. *Un cas de sommeil hystérique avec personnalité subconsciente,* Revue de l'Hypn., juin, juillet, août 1905.

BARBIER. *Un cas de crises de sommeil léthargique chez une hystérique.* Revue de l'Hypn., juin 1906.

Que fait-on, d'ordinaire, en présence de semblables cas? Rien; car on est convaincu de l'inefficacité de toute thérapeutique, en semblable occurence; on attend le réveil spontané...

Pour le dire en passant, lorsque survient le réveil, il n'est spontané qu'en apparence. Il est, d'ordinaire, conditionné soit par une décharge urinaire, comme l'a si bien montré Charcot (1), — soit, comme je l'ai relevé chez certaines dormeuses, par une intoxication; en voici des exemples: albuminurie chez Gésine (de Grambke), tuberculose chez Marguerite B..., (de Thenelles), — pneumonie chez Eudoxie qui fut hospitalisée longtemps à la Salpêtrière, dans le service de notre éminent maître, le Dr Jules Voisin (2).

Alors que faire, en présence de ce sommeil hystérique? Attendre la modification physiologique ou pathologique qui permettra ou déterminera le réveil? On risquerait d'attendre longtemps. Mais, en attendant, au moins on observera minutieusement la malade. Sans doute les observations scientifiques sont intéressantes et instructives, mais combien plus intéressante et utile est la thérapeutique. Or, il y a quelque chose de poignant et même d'un peu humiliant pour un médecin à rester les bras croisés, devant un malade, sous prétexte « qu'il n'y a rien à faire ». Aussi après avoir examiné Joséphine, je n'eus plus que cette obsession: parvenir à la réveiller.

---

(1) Cette constatation est un nouvel argument en faveur des opinions de M. le Professeur Régis (de Bordeaux) sur le rôle de l'intoxication dans l'étiologie et de la désintoxication dans la curation des manifestations hystériques. Dans cet ordre d'idées, et pour décongestionner ses reins, j'avais, chez Joséphine, avant toute tentative de réveil, appliqué une grosse ventouse sur chaque triangle de Jean Louis Petit, d'après la pratique du Professeur Renaut (de Lyon).

(2) A propos de Gésine, j'émettais, en 1904, cette hypothèse explicative : « Qu'il s'agisse de la toxine tuberculeuse, de la toxine pneumonique ou d'une intoxication quelconque, celle, par exemple, que produit l'albumine, nous avons affaire, semble-t-il, à des espèces d'un même genre. Nous savons déjà que les intoxications, à elles seules, font appel à l'hystérie; si, par contre, il était vrai qu'une intoxication intercurrente guérit les troubles hystériques, une fois constitués, nous aurions là une nouvelle confirmation de la loi formulée par Dumontpallier : « L'agent qui fait, défait. » L'intoxication, chez les hystériques (tout comme d'ailleurs, le traumatisme) est un agent de désagrégation et de dissociation fonctionnelle. Dissociant l'équilibre normal, elle fait le désordre; mais, dissociant le désordre, elle peut ramener l'ordre. Autrement dit, elle rompt l'assiette fonctionnelle sur laquelle elle agit : dans le cas d'une sensibilité normale, elle provoque des anesthésies ou des hyperesthésies ou les deux à la fois; dans le cas d'anesthésies ou d'hyperesthésies, elle ramène l'esthésie normale. Cette interprétation n'est, il est vrai, qu'une hypothèse, mais vraisemblable, rationnelle et en accord avec les faits observés; si elle se confirme, elle permettra de faire rentrer dans les grandes lois de la pathologie générale ces réveils, en apparence subits, qui nous déconcertent, précisément parce que leur mécanisme étiologique nous a échappé jusqu'alors.

J'avais, d'ailleurs, en allant à Alençon, mon projet bien arrêté.

Procéder par suggestion directe, d'emblée, direz-vous? Non; car, dans ces sortes de sommeils hystériques, les dormeuses n'obéissent pas aux suggestions, si même elles les entendent.

Ici, comme dans tous les cas difficiles, justiciables de la psychothérapie, l'essentiel, l'indispensable est de rendre le malade accessible aux directions thérapeutiques; il faut modifier profondément le terrain ,le rendre impressionnable et libérer, réveiller, développer la suggestionnabilité. Or, cela s'obtient par un biais, par une artifice détourné.

Comme l'a si justement écrit M. le professeur Raymond, le sommeil hystérique comporte « l'inhibition de certains centres corticaux ou sous-corticaux du cerveau. » La suggestion n'atteint pas un centre ainsi inhibé. Or, comment se représenter cette inhibition? Supposons un membre contracturé: il est frappé d'impotence fonctionnelle; si l'on parvient à le décontracturer, la fonction motrice revient, à la faveur de la détente musculaire. De même, si l'on pouvait agir sur ces centres inhibés, et provoquer, en quelque sorte, leur détente, peut-être provoquerait-on, par cela même, le rappel de leur fonction. C'est d'après ces idées que je me suis proposé de réaliser le programme suivant:

1° Transformer le sommeil pathologique en sommeil *narcotique;*

2° Transformer le sommeil narcotique en sommeil hypnotique;

3° A la faveur de ce dernier, imposer des suggestions thérapeutiques.

Mes prévisions se sont pleinement confirmées. J'ai eu la bonne fortune de réveiller Joséphine, grâce à l'artifice de la *narcose*. Celle-ci a été réalisée à l'aide du somnoforme (1) qui m'a déjà rendu de signalés services en psychothérapie (2).

Je n'ai pas à insister sur les détails de la technique qui fut longue et délicate, étant donné que le sujet respirait très superficiellement, et, pour ainsi dire, au minimum. Bientôt, cependant, les mouvements respiratoires deviennent amples, profonds, réguliers, sonores;

---

(1) Le somnoforme est un mélange de chloture d'éthyle, 60 %, chlorure de méthyle, 35 %, et bromure d'éthyle, 5 %.

(2) Paul Farez. *Somnoforme et suggestion*, Revue de l'Hypnotime, février 1903, p. 254. — *La psychose du somnoformisé*, Rev. de l'Hypn., juillet et août 1908, pp. 19 et 37. — *Suggestion during narcosis produced some halogenous derivatives of ethane and methane (ethyl-methylie suggestion)*, The Journal of mental pathology, New-York, vol. V, nos 2-3, p. 61. — *La suggestion pendant la narcose produite par quelques dérivés halogènes de l'éthane et du méthane (suggestion éthyl-méthylique)*, 18e Congrès des aliénistes et neurologistes, Bruxelles, août 1903 et Rev. de l'Hypn., sept. 1903, p. 67. — *Impotentia coeundi, d'origine mentale, guérie par la suggestion éthyl-méthy-*

je sens qu'elle va être à ma merci. Au moment propice, profitant de l'hyponarcose, que je prolonge, autant qu'il est nécessaire, je la suggestionne dans un état équivalent au sommeil hypnotique. Et mes suggestions se font persuasives ou impératives, appropriées aux circonstances.

Joséphine fait, tout d'abord, entendre un cri plaintif continu, une sorte de ah! ah! prolongé. Il semble qu'elle souffre.

— Où souffrez-vous, lui dis-je? Montrez la région avec la main.

Et, lentement, d'une main qui hésite, tâtonne, elle montre le milieu du sternum. J'y fais alors des frictions avec un crayon à la capsicine; nous sommes peut-être en face d'une dysesthésie douloureuse, que cette révulsion influencera, je pense, heureusement.

Aussitôt elle se met à vouloir cracher des mucosités glaireuses, qui font penser à ces expulsions pituiteuses œsophagiennes, si fréquentes chez les hystériques. Elle fait des efforts énergiques et persévérants pour les cracher; mais elle s'en débarasse avec peine, car ces mucosités sont très épaisses.

Elle continue à souffrir intérieurement dans la région qui répond au milieu du sternum. Ne se rendant pas bien compte de ce qui se passe, toute entière à sa douleur, se croyant peut-être très malade, elle ne cesse, pendant quelques minutes, de crier, en articulant, d'ailleurs, très distinctement: « Hélas! Pitié! Seigneur! Prenez-moi! Seigneur! Ayez pitié de moi! Hélas! Seigneur, prenez-moi! »

Petit à petit, ma suggestion la rassure; ses plaintes cessent; j'obtiens qu'elle reste assise sur son lit, sans soutien, tenant elle-même, avec ses deux mains, la cuvette dans laquelle elle crache ses glaires.

Pour fluidifier ces dernières et à cause de la fétidité de l'haleine, je propose un lavage d'estomac, que l'on fait copieux, plusieurs fois de suite; on le cesse, dès que le liquide ingéré revient tout à fait clair. Et quelques cuillérées de lait sont dégluties par Joséphine, avec hésitation il est vrai.

---

lique, Rev. de l'Hypn., mars 1904. — *L'analgésie obstétricale et la narcose éthyl-méthylique*, Rev. de l'Hypn., juin 1904, p. 369. — *Nouvelles application de la narcose éthyl-méthylique*, Rev. de l'Hypn., mai 1905, p. 341.

Voyez aussi, sur le même sujet : WIAZEMSKY (de Saratow, Russie). *Vomissements incoercibles de la grossesse guéris par la suggestion pendant la narcose éthyl-méthylique*. Rev. de l'Hypn., avril 1905; Cf mai 1905, p. 347. — BERNARD (de Cannes), Rev. de l'Hypn., mai 1905, p. 344. — Etienne JOURDAN (de Marseille). *Un cas de sommeil hystérique avec personnalité subconsciente*, Rev. de l'Hypn., juin 1905, p. 367; Cf. mai 1905, p. 346. — FEUILLADE (de Lyon), Rev. de l'Hypn., mai 1905, p. 346. — Antonio GOTA, *Caso de un sueno histerico con personalidad subconsciente*. La Clinica moderna. Zaragoza 1,15 de Agosto de 1908, pp. 453 et 479. — DE GEIJERSTAM (de Gothembourg, Suède), *La technique de l'hypnothérapie*, Rev. de l'Hypn., janvier 1909, p. 204.

Dans le but de réveiller la sensibilité pharyngée, je badigeonne, avec de la teinture d'iode, les amygdales et les régions avoisinantes, me rappelant que cette pratique a donné de bons résultats dans un cas traité autrefois par le Dr Raffegeau (du Vésinet).

Sous l'influence de mes suggestions, incessamment répétées, elle s'éveille de plus en plus; elle les entend; elle manifeste sa joie, surtout quand je lui explique qu'elle va guérir, qu'elle sortira de l'hospice, qu'elle pourra, de nouveau, se placer, gagner sa vie, avoir de bons gages, etc. Elle rit, sa figure s'épanouit.

Vous allez beaucoup mieux, lui dit-on. Sentez-vous que ça va mieux?

— Oh! oui! dit-elle, avec conviction.

Tout de même, comme nous nous occupons d'elle depuis près de deux heures, elle se sent fatiguée; je demande qu'on lui apporte du café.

— Aimez-vous le café? lui dis-je.

— Oh oui! répond-elle, d'un air gourmand.

— Faut-il y mettre du sucre?

— Oui.

— Combien de morceaux? Deux?

— Oui, dit-elle. Mais, à cause de ses dents mauvaises, elle dit oui en soufflant; son oui ressemble à si ou à six.

— Comment? *Six* morceaux, lui dis-je, en plaisantant. Sa figure s'épanouit largement et elle rit aux éclats.

— Autant verser, tout de suite, le café dans le sucrier, continué-je, en plaisantant; et, de nouveau, elle rit bruyamment.

Elle accepte, de bon cœur, le café que je lui donne par cuillerées; bientôt elle se sent remontée, tonifiée.

On lui explique que je suis venu de Paris pour la guérir et qu'elle doit m'être reconnaissante; elle me sourit gracieusement, me serre spontanément la main et me dit: « Merci, Monsieur ».

Le réveil n'a pas été brusque, complet, instantané, comme chez Gésine (de Grambke) par exemple. Ici, il a été lent et progressif. En apparence, elle n'a gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant son sommeil; elle ne se rappelle ni son nom, ni son âge, ni l'endroit où elle est; ce n'est qu'après un long moment qu'elle reconnaît sœur Joséphine qui s'occupe d'elle avec dévouement.

Chose curieuse, la déglutition était à peu près facile et relativement régulière, pendant le sommeil, alors qu'elle était uniquement réflexe et inconsciente. Après le réveil, on dit à Joséphine : « Buvez, avalez, avalez bien ». Cette fois la déglutition, devenue consciente, se montre hésitante, difficultueuse, malhabile. Je dois, en lui donnant à boire, appeler son attention sur les différents mouvements qu'il faut qu'elle accomplisse; j'éduque ses lèvres à aller au devant du liquide et à se fermer sur lui, etc.

Elle est incapable de marcher, tellement ses muscles sont flasques et ont perdu le souvenir de la contraction. Tout de même, avec sa main, elle me serre les doigts, au commandement, lentement, petit à petit et d'autant plus que je sollicite davantage son effort.

En somme, chez elle, toutes les rééducations sont à refaire. Mais elle est sortie de son sommeil pathologique, le terrain est profondément modifié, je l'ai rendue accessible aux rééducations fonctionnelles multiples, longues et patientes, auxquelles vont s'appliquer les médecins dévoués qui lui prodiguent leurs soins.

On pourra dire que j'ai, chez Joséphine, réalisé cette sorte de paradoxe : « Pour réveiller, endormir davantage ». Mais ce n'est là qu'une apparence ; la narcose a eu, précisément, pour effet, de provoquer la détente, l'hypotaxie, la passivité, grâce auxquelles les suggestions thérapeutiques deviennent efficaces.

En terminant, je veux tout particulièrement remercier, pour le concours actif, empressé et intelligent qu'ils m'ont prêté dans la circonstance, M. le D[r] Chambay, père, médecin en chef de l'hospice, M. le D[r] Godde, médecin-adjoint de l'hospice, et M. le D[r] Baruck, médecin en chef de l'asile d'aliénés, sans oublier la bonne sœur Joséphine, dont la collaboration aussi nous a été précieuse.

« Sommeil » électrique dans le traitement des maladies mentales et nerveuses : Applications des courants dans des circuits fermés. Expériences avec méthodes « unipolaire » et « sans fil »

par M[lle] L. G. Robinovitch (New-York)

En 1908, nous avons commencé, dans le service de M. le D[r] Magnan, Bureau d'admission, Asile Sainte-Anne, Paris, d'appliquer le « sommeil » électrique (1 et 2) tant aux malades aliénés qu'aux malades nerveux. Cette application clinique devint possible avec notre moteur-interrupteur perfectionné (3 et 4) et avec notre technique perfectionnée. Depuis la publication de nos travaux antérieurs, nous avons abandonné l'emploi du réducteur de potentiel en fil et nous le remplaçons par un rhéostat à charbon. Le réducteur en fil introduit trop de *self-induction* dans le circuit. Le lecteur trouvera la description de la technique et de l'application du sommeil électrique dans nos travaux cités. Dernièrement, la maison Van Houten and Ten Broeck, de New-York, a construit, sous notre direction, un moteur-interrupteur avec période faite du passage de courant. Tout l'appareil est portable.

La différence entre le sommeil électrique et l' « analgésie » élec-

trique (5, 6, et 7), tel que nous l'employons, est celle de degrés. Pour produire le someil électrique chez l'homme, nous n'utilisons pas plus que trois quarts d'un milliampère de courant. Le malade est couché, la cathode, dont la forme est celle du front, est appliquée au front; l'anode est attachée à la main *droite*. On fait passer le courant très graduellement, mettant cinq à six minutes pour augmenter le courant de zéro à trois quarts d'un milliampère. On cesse d'augmenter le courant aussitôt cet ampérage obtenu, mais on surveille la respiration du malade. Après cinq à dix minutes, le malade s'endort. Le sommeil s'installe facilement, surtout chez les malades sujets à l'insomnie. Le courant est ainsi continué pendant une heure; le malade dort toujours; puis on rompt le circuit, mais le malade continue à dormir; en se réveillant, il remarque généralement qu'il est un peu frileux (nous parlons des expériences pendant l'hiver). Mais cette sensation de froid ne dure que quelques instants. Elle est due sans doute à la vaso-constriction causée par le courant. Dans nos tracés manométriques (8), on voit que la pression sanguine est augmentée dans le sommeil électrique. Avec cette augmentation de pression sanguine il y a vaso-constriction. Nous avons pu vérifier la présence de cette vaso-constriction pendant les opérations chirugicales chez l'homme et chez les animaux sous l'influence de « l'analgésie électrique » (6 et 7). Il est peut-être plus important de parler de cette vaso-constriction chez l'homme. Nous étions les premiers, comme on le sait, d'appliquer l'analgésie électrique tant en chirurgie de laboratoire que chez l'homme. Cette analgésie fut appliquée *localement* chez l'homme pour la première fois par nous, M. le Dr M. M. Johnson faisant l'opération sur un jeune homme, à l'hôpital Saint-Francis, à Hartford, Conn. Le gros orteil d'un pied et trois orteils de l'autre furent amputés. Il n'y avait presque pas d'hémorrhagie; l'opération fut « bloodless », d'après l'expression anglaise. Dans un autre cas nous administrâmes l'analgésie électrique locale, le chirurgien faisant une résection de la jambe. Cette opération fut également « bloodless » (ce cas n'est pas encore publié).

Ces expériences cliniques et chirurgicales démontrent que pendant le sommeil électrique il y a augmentation de la pression sanguine avec constriction vasculaire; car les courants employés contractent les tissus ainsi que les vaisseaux sanguins. Il est possible que dans le sommeil normal il y a également contraction vasculaire, surtout des vaisseaux cérébraux; cette constriction comporte également constriction des parois vasculaires, qui détermine une diminution de l'osmose, et dont résulte une diminution de nutrition du cerveau, pensons-nous; il nous semble que le sommeil en est la conséquence.

Depuis 1908, nous avons eu l'occasion d'appliquer ces courants chez des malades sujets à l'insomnie. Inutile de donner les notes

cliniques: les résultats en étaient des plus satisfaisants. Chez les mélancoliques avec stupeur les résultats sont des plus encourageants. On ne peut attendre les résultats ultérieurs et la vérifier pendant de longs essais, pendant de longues années.

Quelle est la raison de ces bons résultats? Il est fort probable que le changement dans la circulation pendant le passage du courant détermine un changement dans la nutrition, un changement favorable. Nous avons vu une guérison des arthrites chroniques que nul médicament n'avait pu changer (1). Il est donc fort probable que le cerveau d'un aliéné est favorablement influencé par le passage de ces courants.

Nous soumettons à ces courants les aliénés pendant une demi-heure à trois quarts d'heure, pendant une période de quatre semaines au moins.

Il ne faut pas oublier que les courants électriques causent l'avortement chez les enceintes. Il ne faut pas administrer les courants électriques aux malades sous l'influence de la morphine ou d'un autre médicament somnifère (9).

Effets des courants à déplacement sans transmission par la terre. — En 1909, nous avons trouvé qu'il était possible de continuer le sommeil électrique chez le chien en le plaçant à quelque distance d'un appareil en fonction, dont deux grosses bobines de champ magnétique causent un courant de haute fréquence (un arc), dans un tube à mercure avec air rarifié. Pour éliminer tout doute possible sur l'effet de ces oscillations électriques sur le chien, nous avons étudié cet effet sur les muscles isolés de la grenouille. Le résultat était net: il y avait réaction dans le muscle placé à vingt centimètres de distance du flux magnétique. Aussi avons-nous obtenu de bonnes réactions des préparations muscles-nerfs contenues dans une chambre humide dans les conditions suivantes: le bout d'un *seul fil* fut fixé dans une borne de la chambre humide, l'autre bout de ce fil étant tenu auprès du flux magnétique ou auprès du noyau d'une bobine primaire (sans secondaire), fonctionnée par un courant. Nous avons également obtenu des réactions en touchant avec le bout libre du fil les bornes du courant continu (anode ou cathode), qui faisait fonctionner la bobine primaire. Cette bobine primaire mesurait vingt-cinq centimètres de long; elle avait six couches de fils, dont le diamètre fut 0.6 mm. (six dixièmes de mm.). Le diamètre du noyau fut de deux centimètres. Avec une bobine primaire ordinaire, que l'on trouve chez tous les médecins, la réaction n'est obtenue que quand on facilite la transmission des oscillations par des fils: il faut former un « presque » circuit à fil laissant une espace de deux à cinq centimètres sur n'importe quel endroit du circuit.

Nous avons rapporté ces données au Congrès de l'*American Medical Association,* tenu à Saint-Louis, juin, 1910. Depuis cette date

nos expériences montrent que la terre n'est pas nécessairement conductrice de ces courants; car nous avons répété toutes ces expériences, plaçant les instruments, la chambre humide avec le muscle-nerf ainsi que l opérateur sur une plateforme montée sur quatre pieds en verre, de 32 centimètres de haut. Les réactions étaient identiques à celles obtenues dans les premières expériences.

Nous réservons nos conclusions sur la possibilité d'obtenir le sommeil avec des courants électriques sans fils. Mais cela paraît êre impossible. Il nous faut beaucoup plus d'expériences pour rendre cette méthode pratique. En cas favorable, l'avantage en serait considérable, car un courant électrique « sans fils », sous les conditions décrites n'est pas désagréable; le courant à circuit fermé, au contraire, cause une sensation de fourmillement dans le cerveau qui n'est pas agréable.

Pour l'enseignement dans les écoles médicales sur la réaction musculaire aux courants électriques, cette nouvelle méthode devrait remplacer la vieille méthode très ennuieuse: la moindre faute de « contact » dans le circuit fait manquer l'expérience. Avec cette méthode il n'y a pas besoin de « contact », comme les tracés ci-dessous le démontrent.

DEUXIÈME QUESTION

PREMIER RAPPORT

La systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses

Rapport de M. Félix Rose (de Paris)

(Voir ce rapport in-extenso dans le volume I)

DEUXIÈME RAPPORT

Le systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses et mentales

Rapport de M. Fritz Sano (d'Anvers)

Il peut paraître audacieux d'ajouter une notice théorique au rapport si complet et si documenté de mon savant confrère, le Dr Rose.

Mais au cours de son travail, le rapporteur indique clairement combien nos connaissances anatomiques sont insuffisantes pour donner actuellement une explication certaine à beaucoup de lésions cutanées, dont la dépendance à l'égard du système nerveux est cependant probable. D'autre part, les quinze conclusions montrent toute la diversité des cas, que l'on aurait tort de réunir en une seule classe de phénomènes morbides et répondant à un seul mode de systématisation.

La théorie que nous aurons à esquisser ne sera donc pas la résultante logique et irréfutable des faits rigoureusement contrôlés et clairement élucidés.

Ce sera l'hypothèse fragile et hésitante, qui invitera aux recherches nouvelles, mais qui ne prétend même pas les guider.

***

Il est un point qui ressort à l'évidence des recherches du Dr Rose, c'est qu'il faut strictement éliminer des troubles trophiques cutanés,

sous la dépendance du système nerveux, les lésions dont l'origine remonte à la formation embryonnaire de la peau, avant même que le système nerveux n'ait eu d'influence sur elle.

Les recherches de Bolk et celles de Winkler et van Rijnberk nous ont montré que les dermatomères en s'étalant sur les bourgeons de croissance des membres ne conservent pas toujours très exactement les mêmes limites; des variations sont fréquentes chez le chien.

Ces dermatomères ainsi délimitées par la connaissance de la distribution radiculaire sensitive à la surface de la peau, répondent-elles aux régions cutanées issues d'un même segment embryonnaire, tel que nous pouvons nous le représenter idéalement? On ne le saura exactement que quand on aura en même temps retrouvé les territoires cutanés dont l'activité pilo- ou sécréto-motrice répond par réflexe simple à l'excitation spécifique de la région sensitive.

Ceci demande une explication. Lorsque l'on sectionne le nerf moteur d'un muscle strié, la chromolyse nous renseigne sur la localisation des fonctions motrices dans la corne antérieure, mais en même temps la chromolyse des cellules sensitives indique la localisation des fonctions sensitives dans la chaîne des ganglions spinaux. Et comme Sherrington le soupçonnait déjà par l'expérimentation physiologique, l'anatomie nous démontre que cette localisation sensitive se faite exactement à la même hauteur que la localisation motrice, dans les neurotomes correspondants. Ainsi l'arc réflexe simple, premier circuit dont la constante activité maintient le tonus musculaire spinal, nous permet de soupçonner que le muscle innervé par lui, et qui forme avec lui un tout, un ensemble neuro-musculaire, appartient aux mêmes segments du corps de l'embryon (métamères).

Une surface cutanée, dont nous pourrions poursuivre l'innervation sensitive et l'innervation pilo- ou sécréto-motrice, pourrait être rapportée de même avec quelque probabilité au segment médullaire, auquel appartient l'arc réflexe simple pilo- ou sécréto-moteur.

Nous n'oserions rapprocher de cette comparaison les résultats que nous donnerait la connaissance des régions cutanées, dont l'excitation spécifique produirait des réactions vasomotrices localisées à cette région. En effet, les nerfs vasomoteurs forment un système spécial avec les vaisseaux et ceux-ci s'accroissent dans l'embryon en quittant des points souvent fort éloignés de ceux auxquels ils vont aboutir; ils s'avancent, s'insinuent dans les chairs avec une variabilité topographique souvent très grande et leur innervation répond à des influences complexes et éloignées.

Le diaphragme, entraîné loin de son origine embryologique, sous forme de cellules indifférentes, entraîne avec lui son arc nerveux sensitivo moteur; mais sa vascularisation s'établit ultérieurement sur place. Le cœur et les viscères font de même; seuls ceux dont la

vascularisation est faite avant leur migration, entraînent les vaisseaux à distance.

Il pourrait en être de même pour les segments métamériques de la peau : les arcs réflexes primitifs qui en commandent les vaisseaux répondraient à une topographie très différente à celle des dermatomères, sous lesquelles ils s'introduisent pour les besoins de leurs multiples fonctions, après que ces dermatomères ont été entraînées à leur place définitive.

Comme le dit le Dr Rose, la disposition des réseaux vasculaires explique pourquoi les lésions peuvent se produire à l'extrémité des membres. Mais encore l'innervation motrice des artères et des veines peut répondre à des incitations médullaires, qu'il y aurait lieu de mieux connaître avant de conclure.

Les recherches anatomiques expérimentales sur les noyaux moteurs médullaires du grand sympathique sont trop peu avancées.

Il me paraît impossible, dans l'état actuel de nos connaïssances anatomiques, d'entrer plus avant dans cette question.

Si la topographie des circuits réflexes primitifs, sécréto- pilo- ou vasomoteurs cutanés nous est si peu connue, il nous est bien plus difficile encore d'examiner s'il pourrait exister dans l'intérieur de la moelle des arrangements nouveaux, dont les atteintes détermineraient à la périphérie une répercussion différente de la lésion névritique, radiculaire ou nucléaire.

Si la conception de M. le Professeur Brissaud, qui tend à nous expliquer certains faits cliniques d'anesthésie ou d'analgésie, par des arrangements intra-médullaires différents des systématisations radiculaires ou périphériques, ne repose sur aucune preuve directe d'anatomie médullaire, il serait cependant exagéré de dire qu'elle n'est même pas justifiée par des preuves indirectes. La conception architectonique que nous sommes en droit de nous faire du système nerveux en général nous y conduit inévitablement, et dans le domaine des voies motrices les preuves anatomiques sont venues appuyer la conception géniale d umaître français.

La grande loi de la corrélation morphologique des organes se vérifie ici dans les moindres détails.

Une grande leçon se dégage, à mon avis, des multiples discussions dont furent l'objet les groupements des noyaux moteurs innervant les muscles striés. Loin de s'exclure, les théories diverses se complètent par leur côté positif : les noyaux moteurs se trouvent agencés suivant une remarquable ordonnance qui répond à leurs origines anatomiques et à de multiples coordinations fonctionnelles.

Théorie musculaire, théorie segmentaire, théorie fonctionnelle, théorie téléologique! Il semblait extraordinaire que tous avaient vu juste, tout en n'ayant vu qu'un côté de la question : la connaissance approfondie de la structure médullaire nous donna à tous raison et

la Nature, dans son étonnante et admirable richesse, sut ainsi combler diversement chacun de ses adorateurs.

Mais une nouvelle surprise nous était réservée, et c'est le professeur Ariëns Kappers, d'Amsterdam, qui nous en offre le détail dans son étude sur la migration phylogénétique du noyau moteur du facial en rapport avec les modifications de la musculature de la face.

Par une série de travaux, Ariëns Kappers établit que c'est sous l'influence de deux facteurs que cette migration s'est faite : l'intervention croissante de sensations visuelles sur l'opportunité des mouvements des muscles faciaux, et le développement de la voie pyramidale, qui transmet vers le noyau du facial les incitations volontaires de l'écorce. Cette intervention de la voie pyramidale attire, si l'on peut s'exprimer ainsi, le noyau du facial vers la partie ventrale du bulbe ; les coordinations fonctionnelles déterminées par l'effort volontaire répondent à des besoins nouveaux, différents de l'ancienne fonction (purement respiratoire) et la musculature elle-même, à la périphérie, glisse sous la peau en se rapprochant des organes des sens qui en deviennent les incitateurs indirects dominants.

On devine ce que cette nouvelle manière d'envisager les noyaux moteurs peut nous réserver d'explications intéressantes. Ne voyons-nous pas dans la moelle la corne antérieure se fléchir vers le faisceau pyramidal et les noyaux les plus différenciés ne sont-ils pas les plus rapprochés de lui. La zone segmentaire de la main s'en trouve rapprochée le plus près, tandis que les noyaux des muscles du dos s'en trouvent les plus éloignés.

Dans la voie pyramidale elle-même on nous a démontré des groupements de fibres, répondant à leur rôle fonctionnel. Au pédoncule cérébral la systématisation est connue ; il paraîtrait que dans la moelle les fibres qui agissent sur les noyaux du membre supérieur se trouveraient dans la partie ventrale, tandis que les fibres innervant les noyaux lombaires seraient rangées en arrière de celles-ci.

Ce groupement des fibres dans la voie pyramidale dérive des localisations dans l'écorce du lobe central et ainsi nous nous expliquons comment des lésions corticales déterminent des paralysies ou des contractures bien différentes des paralysies médullaires.

Cette rapide esquisse peut nous faire entrevoir que dans les voies sensibles aussi des différenciations et des groupements divers, que nous ignorons encore, peuvent exister et elle doit nous engager à la plus prudente réserve. Mais elle nous permet de croire que dans les noyaux vasomoteurs de la moelle, que nous pouvons voir, sans savoir cependant les identifier encore, il peut y avoir des différenciations analogues à celles des noyaux moteurs des muscles striés.

Et il importe d'y insister, les troubles trophiques doivent être rapportés bien plus à des lésions des voies motrices, qu'à celle des voies sensitives. C'est donc la connaissance de ces noyaux moteurs mé-

dullaires du grand sympathique, qui doit nous mettre sur la voie des explications claires et compréhensives.

J'ajouterai enfin que je ne puis partager la manière de voir de M. Rose, lorsqu'il dit dans ses conclusions : « D'une façon générale, la métamérisation spinale, dans le sens de Brissaud, n'a pour elle d'argumentsn anatomiques, ni physiologiques, ni embryologiques, ni cliniques. » Cette assertion me paraît démentie par les faits, que M. Rose d'ailleurs n'ignore pas, puisqu'il a écrit dans son rapport : « Rien ne différencie au point de vue de la structure de la corne antérieure ou postérieure des derniers segments cervicaux et du premier dorsal, de celle de n'importe quel autre segment thoracique, par exemple, si ce n'est sa richesse en cellules. »

Cette richesse cellulaire, qui n'est ni contestée ni contestable, ne me paraît pas, à moi, chose négligeable, au contraire. J'y vois un argument positif en faveur de la conception architectonique de la moelle sur laquelle s'est appuyé Brissaud pour édifier une théorie dont il est peut-être prématuré de faire table rase.

Discussion

M. Henry MEIGE (de Paris). — Le rapport de M. Rose aboutit à des conclusions abondantes, mais décevantes, et je crains que sa critique, à force de s'étendre, ait contribué à obscurcir la question plutôt qu'à l'éclairer.

Le rapporteur s'est montré particulièrement sévère pour la théorie segmentaire qu'avait proposée Brissaud. Il l'a rejetée délibérément, en des termes qui eussent gagné à être plus pondérés. Ce n'est pas là une opinion personnelle. J'ai entendu avec plaisir le co-rapporteur, M. Sano, mettre la question à son juste point, en montrant que la théorie métamérique de Brissaud n'était pas une pure fiction, mais qu'elle avait pour base des faits embryologiques et anatomiques dont M. Rose paraît avoir insuffisamment apprécié la valeur. Qu'il y ait une part d'hypothèse dans l'idée d'une répartition segmentaire des lésions cutanées correspondant exactement à la métamérie spinale, nul ne le conteste ; mais dire que la métamérisation spinale ne s'appuie sur aucun argument anatomique ou embryologique, c'est vraiment trop oublier l'existence d'une segmentation embryonnaire, de même que les faits exposés jadis au Congrès de Pau par M. Sano lui-même et qu'il a rappelés ici.

Au surplus, la théorie métamérique ne prétend pas expliquer la répartition de toutes les lésions cutanées d'origine nerveuse. Brissaud a montré aussi, notamment pour le zona, que les éruptions occupaient tantôt le territoire d'un nerf périphérique, tantôt une zone radiculaire. Enfin, il a signalé à maintes reprises le rôle que paraît jouer le sympathique dans la production des trophonévroses.

Quel que soit l'avenir réservé aux applications de la métamérisation spinale à l'interprétation du siège des lésions cutanées, je crois, avec M. Sano, que la conception de Brissaud mérite d'être retenue. L'idée

qu'il peut exister chez l'adulte des territoires périphériques correspondant à la segmentation médullaire embryonnaire n'est pas, comme le dit M. Rose, une simple vue de l'esprit.

Si même il en était ainsi, une telle hypothèse aurait eu du moins le mérite d'éveiller des réflexions et de susciter des recherches ; à coup sûr elle demeurera plus féconde que sa critique.

M. PARHON (de Bucarest) se rallie également à l'avis de M. Sano. Il considère que la théorie métamérique de Brissaud repose sur des arguments parfaitement défendables. Rappelant qu'il a constaté des lésions médullaires qui paraissent en relations certaines avec des lésions du sympathique, il admet qu'il faut tenir aussi grand compte des altérations de ce dernier.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris). — Comme M. Parhon, j'ai expérimenté sur le sympathique et j'ai trouvé comme lui des lésions chromatolytiques et atrophiques des cellules nerveuses de la corne latérale de la moelle dorsale et de la base de la corne antérieure de la moelle cervicale, du côté correspondant à l'ablation, chez le chien, de la chaîne sympathique thoracique. De ce que certains expérimentateurs sont arrivés, dans des expériences analogues, à des résultats négatifs, ce n'est pas une raison pour ne tenir aucun compte des faits positifs qui sont encore peu nombreux.

Enfin, comme MM. Sano et Meige, je trouve M. Rose bien sévère pour la théorie de Brissaud. Il me paraît encore prématuré de rayer une théorie qui n'est peut-être pas vraie, mais qui est, en tout cas, très ingénieuse.

M. ROSE. — Je tiens à répondre à M. Meige que je suis un admirateur du professeur Brissaud. Je ne partage pas sa manière de voir en ce qui regarde la métamérisation spinale ; mais peut-être les termes dont je me suis servi dans mon rapport ont-ils dépassé ma pensée.

En ce qui regarde le sympathique, je ne crois pas que la connaissance de ses noyaux médullaires puisse nous renseigner davantage sur la répartition des territoires cutanés qui leur correspondent.

M. SANO. — Je n'approuverai pas notre confrère Meige, lorsqu'il dit que les théories de Brissaud ne sont que des théories. Non, elles sont contrôlables par des faits. MM. Parhon et Laignel ont attiré notre attention sur la différenciation des noyaux moteurs. Mais je dirai que l'ablation du grand sympathique produisant une chromatolyse médullaire, n'est pas une preuve de localisations de centres sympathiques médullaires. Car, par cette opération, on provoque des troubles circulatoires dans les artères du canal rachidien. Or, ceux-ci produisent facilement ce symptôme de chromatolyse dans les noyaux médullaires, comme l'a prouvé le Dr Demoor, de Gand. Il en résulte qu'on ne peut baser aucune localisation du grand sympathique sur de telles recherches. On n'a guère progressé du reste depuis six ans.

SÉANCE DU JEUDI 4 AOUT (Matin)

(tenue à l'Institut de Physiologie, à Liége)

M. KLIPPEL. — En ouvrant cette séance, je remercie le Comité d'organisation de notre Congrès dans la ville de Liége, M. le Professeur Francotte, dont la présidence du Congrès de 1903 nous a laissé le souvenir le meilleur, et M. le Docteur Lhoest qui a bien voulu se joindre à lui pour organiser notre séance d'aujourd'hui. Nous sommes heureux de poursuivre nos travaux dans cette grande ville de Liége, qui est une ville scientifique.

TROISIÈME QUESTION

RAPPORT UNIQUE

Alcoolisme et criminalité

Rapport de MM. Aug. LEY (Bruxelles) et CHARPENTIER (Paris)

(Voir ce rapport in-extenso dans le volume I)

Discussion

M. GRANJUX (de Paris). — L'alcoolisme et la criminalité alcoolique qui sont, en général, en augmentation dans la population civile, diminuent dans la plupart des armées européennes.

Où s'alcoolisent les militaires ?

L'étude des dossiers a montré qu'aucun des militaires condamnés ci-dessus ne s'est enivré à la caserne. La circulaire ministérielle interdisant la vente dans les casernes de l'eau-de-vie et des apéritifs est strictement appliquée.

Malheureusement le soldat est attiré par les cabarets borgnes qui encerclent les casernes ; il s'alcoolise sur le comptoir et se syphilise derrière. Ces bouges sont l'antichambre des conseils de guerre.

Une répression énergique de l'ivresse peut la rendre exceptionnelle. L'un de nous, agissant ainsi, l'a fait disparaître de la section d'infirmiers dont il avait la surveillance. Mais ce n'est là qu'un palliatif. Le but de la prophylaxie antialcoolique doit être dans l'armée de protéger le coldat contre le cabaret.

Dans ce but, on a créé des cercles du soldat dans les casernes. C'est un progrès incontestable, mais insuffisant parce que le troupier est entraîné en ville par la même force irrésistible qui pousse les élèves des écoles de l'Etat à s'en échapper dès que la porte est ouverte. C'est une

évasion instinctive, qu'on ne saurait empêcher, ni même blâmer, d'autant qu'on peut la rendre profitable pour le soldat.

Il suffit pour cela d'organiser en ville « des maisons du soldat », des « foyers du soldat », c'est-à-dire des locaux où le soldat est chez lui, où il trouve un abri pour la valise qui contient ses affaires personnelles, du papier à lettres pour faire sa correspondance, des livres, des jeux, et pas d'alcool.

L'autorité militaire, et il faut l'en louer, autorise ces créations, à condition qu'elles soient tenues à l'écart de la religion et de la politique. La Croix Rouge commence à organiser de ces « maisons du soldat ». C'est une tâche pour laquelle elle paraît indiquée, et on ne saurait trop l'engager à y persévérer.

M. REGIS (de Bordeaux). — D'accord en tout, ou à peu près, avec MM. Ley et Charpentier, je me bornerai à présenter quelques brèves réflexions sur certains points de leur rapport.

Aux pages 14 et 15, les rapporteurs citent cette opinion de Grotjahn que tous les criminels alcooliques ne doivent pas leur criminalité à l'alcoolisme, certains étant, en effet, des criminels devenus, de par le milieu où ils vivent, des buveurs d'habitude.

Cette opinion m'a paru judicieuse et intéressante à contrôler. Pour cela, j'ai recherché combien, sur un nombre déterminé d'alcooliques chroniques avec accès de délire subaigu, il existait de délinquants, de façon à comparer cette statistique à celle de Charpentier, qui a recherché combien, sur un nombre déterminé de criminels, il existait d'alcooliques.

Notre rapporteur a constaté, vous le savez, que sur 885 aliénés délinquants et criminels, 370, soit 41,80 % étaient des alcooliques.

Sur 100 alcooliques chroniques avec délire aigu ou subaigu passés dans ma clinique psychiatrique dans ces dernières années, un seul avait eu maille à partir avec la justice; 26 s'étaient livrés à des actes de violence plus ou moins graves, presque toujours sur leur femme ou leurs enfants, mais sans qu'il y ait eu poursuite judiciaire.

A moins que je ne sois tombé sur une série exceptionnelle, cela confirme l'opinion de Grotjahn; mais il n'en reste pas moins acquis que l'alcoolisme prédispose particulièrement aux violences impulsives et, de façon générale, à la criminalité.

Dans le chapitre du rapport consacré à la *descendance des alcooliques*, M. Ley a bien voulu rappeler les conclusions de la thèse de mon élève Fonquernie sur les caractères comparatifs de l'hérédo-alcoolisme et de l'hérédo-syphilis.

Tandis que la descendance des syphilitiques se fait remarquer, avec un taux de natalité normal, par une fréquence extrême des fausses couches et des mort-naissances et par une amélioration progressive des produits, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la date de l'infection, la descendance des alcooliques, elle, se distingue par un chiffre de natalité très au-dessus de la moyenne, une polymortalité infantile considérable sans excès de fausses couches et de mort-naissances et par une aggravation progressive des tares dégénératives de la race au fur et à mesure que persiste et s'accroît l'éthylisme paternel; d'où résulte en fin de

compte une production et une survivance caractéristiques d'anormaux et de criminels, sous toutes les formes et à tous les degrés. Il n'était pas inutile, me semble-t-il, de redire ici ces choses, au moment surtout où l'on s'apprête en France, pour lutter contre la dépopulation, à attribuer des secours légaux aux familles nombreuses, c'est-à-dire, pour une bonne part au moins, à des famille d'éthyliques.

M. Charpentier a insisté avec raison sur l'importance clinique et médico-légale des *idées de jalousie* dans l'alcoolisme et il fait observer que ces idées, basées dans la généralité sur des interprétations fausses, sont « alimentées parfois par des illusions et des hallucinations ». Le rôle des illusions et des hallucinations est, à mon avis, plus fréquent et plus important encore en pareil cas ; il était manifeste chez presque tous les malades que j'ai observés, notamment chez ce délirant qui voyait soit un homme, soit même un diable couché, comme lui, à côté de sa femme, ou passant sa verge à travers un trou de la cloison et qui, après s'être battu avec ce rival imaginaire, accablait sa compagne de reproches, de menaces et de coups.

C'est également avec raison que M. Charpentier a rappelé le rôle de l'auto-accusation — j'aime mieux dire de l'auto-dénonciation — délirante dans l'alcoolisme médico-légal. J'ai eu l'occasion de suivre de près, successivement, un cas d'auto-dénonciation chez le fils et d'hétéro-dénonciation chez le père, tous deux alcooliques faibles d'esprit. Je crois devoir répéter à ce sujet que ces dénonciations délirantes, quand elle ne sont pas tôt reconnues pour telles, peuvent avoir pour effet de troubler et de désorienter l'instruction d'une affaire, d'où la nécessité, pour les magistrats aussi bien que pour les experts, de les bien connaître.

En parlant des associations de l'alcoolisme avec d'autres états morbides, M. Charpentier a noté que l'alcoolisme, lorsqu'il se joint à la paralysie générale, peut la rendre plus nocive et plus criminelle. C'est un fait des plus exacts, sur lequel j'ai également insisté avec Lecalvé et Blain, en montrant que le paralytique général, rarement criminel, en dehors de ses vols et de ses outrages publics à la pudeur, commettait plus ou moins fréquemment des délits de violence lorsqu'il était en même temps alcoolique.

Il me faut, en terminant, indiquer le seul point sur lequel je suis en désaccord avec les rapporteurs.

Malgré tout le soin qu'ils ont mis à ne pas aborder la question de la nocivité comparative des différentes boissons alcooliques, il apparaît clairement que le vin est rangé par eux parmi les boissons qui intoxiquent et qui poussent au délit et au crime.

Il y a plus. Parlant de la création d'asiles spéciaux pour buveurs, ils vont jusqu'à dire que dans ces asiles le médecin devra, comme tout le personnel, être *abstinent total.*

Je regrette d'avoir à m'élever, et à m'élever énergiquement, contre une pareille déclaration.

M. Ley et M. Charpentier croient que le vin rend alcoolique, délirant et criminel au même titre que l'absinthe et les apéritifs. Plus de trente années d'expérience et d'observation m'ont totalement convaincu du contraire et m'ont démontré : que la fréquence de l'alcoolisme cérébral,

dans un pays, est en proportion inverse du vin qu'on y récolte et qu'on y boit et en proportion directe des apéritifs qu'on y consomme; que l'alcoolisme délirant s'observe essentiellement chez le buveur d'apéritifs et exceptionnellement chez le buveur de vin (j'en suis encore à voir, aujourd'hui, un alcoolique délirant qui n'ait bu que du vin); que lorsqu'on étudie l'alcoolisme, dans un pays, non pas en bloc, mais par régions (j'ai déjà provoqué des travaux de ce genre dans sept régions de la France), on constate que les départements viticoles et même les départements à distillation d'alcool du vin, comme l'Armagnac et la Charente, sont ceux qui ont le minimum d'alcooliques, le maximum appartenant aux départements non viticoles; enfin que, lorsque dans un département, il existe une grande ville à nombreux débits d'alcool et d'apéritifs et des campagnes où l'on ne boit que du vin, l'alcoolisme délirant sévit intensément dans la grande ville et reste inconnu dans les campagnes. L'exemple le plus topique est fourni par la Gironde où, à Bordeaux, l'alcoolisme délirant foisonne parmi les ouvriers des quais, buveurs d'absinthe et d'apéritifs, tandis qu'on n'en trouve nulle trace dans toute la région du Médoc, où l'on boit, copieusement peut-on dire, du vin naturel.

Que M. Ley et M. Charpentier aient à cet égard, malgré tout, une opinion contraire, libre à eux.

Mais que, dans cette conviction, ils aillent jusqu'à vouloir exiger que le médecin d'un asile de buveurs s'engage à être un abstinent complet, à ne pas boire une goutte de vin, même à ses repas, pur ou mélangé d'eau, voilà qui dépasse toute mesure, voilà ce que je ne puis, ce que je ne saurais admettre; voilà, irai-je jusqu'à dire, qui est attentatoire à la liberté.

Si je me sens les qualités requises pour diriger un asile de buveurs, je veux pouvoir prétendre à cet emploi sans être tenu à une profession de foi, à un billet de confession abstinente. Je veux la liberté de mon alimentation et de ma boisson, comme la liberté de ma pensée.

Pour justifier la mesure draconienne proposée, on invoque le bon exemple à donner et la nécessité pour le succès de la cure, que les malades d'un asile spécial de buveurs ne voient point boire autour d'eux des boissont alcooliques.

Je suis tout à fait d'avis que le personnel d'un asile de buveurs doit à ses malades le bon exemple et il serait déplorable qu'il comptât dans ses rangs des intempérants, fréquentant débits et cafés et buvant avec excès.

Mais quel rapport cela peut-il bien avoir avec le fait, pour les gens composant ce personnel, médecins, surveillants, infirmiers, de boire un peu de vin coupé d'eau, à la française, ou même pur, à la table de famille et avec la famille, car probablement, il s'agit dans la pensée de ceux qui comprennent si bien la liberté, d'interdire absolument le vin non seulement au médecin et aux gardes-malades, mais encore à leurs femmes et à leurs enfants.

Le bon exemple, je croirais le donner aussi bien et mieux même que les abstinents totaux en buvant, suivant notre habitude ancestrale, un peu de bon vin à mes repas, au vu et au su des malades, et en leur disant : « Voyez où vous a conduits l'abus des mauvais alcools, des apéritifs, des boissons alcooliques prises à jeun et sans mesure. Revenez,

comme vos aïeux, au bon vin naturel pris aux repas, en quantité modérée. Faites comme moi. C'est pour vous le meilleur moyen de guérison. C'est le salut. » Telle a toujours été d'ailleurs, ma formule, telle est celle que j'ai apportée à la section « Hygiène mentale et antialcoolisme » du Comité girondin de l'Alliance d'hygiène sociale, dont j'ai l'honneur d'être le président et qui se résume en ce mot : « Guerre à l'apéritif. Retour au vin! »

On a pu dire encore que si nous voulions la liberté, pour nous, de boire du vin, nous devions aussi la liberté à l'alcoolique de boire son poison-apéritif. C'est là du pur paradoxe. Il suffit de se rappeler que la liberté de l'individu cesse où commence celle de son voisin et de la collectivité pour se rendre compte qu'aucune assimilation ne saurait exister entre l'homme sobre, tempérant, qui boit du vin à ses repas et l'alcoolique qui s'empoisonne dans les débits : le premier ne nuit à personne; le second nuit, de mille manières, à la société qui dès lors a le droit et le devoir de se défendre contre lui.

Gardons-nous, Messieurs, des formules trop absolues; gardons-nous surtout des anathèmes et des excommunications, qui ne sont plus, sous quelque forme que ce soit, de notre époque.

L'exagération n'a jamais fait de bien à une cause, si juste fût-elle; elle n'a servi plutôt qu'à la perdre. L'antialcoolisme est pour nous tous ici une vertu admirable et bonne, que nous aimons et pratiquons de notre mieux; mais cette vertu deviendrait vite haïssable si elle tournait au rigorisme excessif, à l'hydro-radicalisme. J'ai la conviction que l'insuccès de la campagne antialcoolique, au moins en France (car je ne parle ici, bien entendu, que de la France), tient, pour une part, à son absolutisme. Tant qu'elle fera indistinctement la guerre au vin comme à l'apéritif et au mauvais alcool, tant qu'elle voudra proscrire de l'alimentation du Français sa boisson séculaire, le vin, auquel il est redevable d'une partie des qualités de sa race et le forcer à boire de l'eau, elle n'obtiendra rien, sinon peut-être une augmentation du mal qu'elle veut combattre.

Au lieu de disséminer et de perdre nos forces en discutant ainsi à propos du vin, unissons-nous une bonne fois contre l'ennemi commun, contre celui vis-à-vis duquel aucun doute ne s'élève, contre l'absinthe, contre l'apéritif poison. Cela vaudra mieux, et cela sera plus efficace.

Le jour où nous aurons enfin triomphé de cet ennemi redoutable, qui nous menace de mort, le nombre des alcooliques délirants, surtout des alcooliques criminels, aura, partout, singulièrement diminué.

Ce ne sera pas encore l'âge d'or, car l'ivresse et l'ivrognerie, filles de l'excès de vin, persisteront sans doute, comme autrefois; mais ce ne sera plus et voilà au fond, l'essentiel, l'alcoolisme qui s'excite, qui frappe, qui tue et qui déverse dans nos sociétés stériles un flot sans cesse grossissant d'anormaux, d'apaches et de vagabonds.

M. CROCQ (de Bruxelles). — Je suis heureux d'entendre M. Regis réagir contre la tendance, à mon sens exagérée, que certains collègues belges ont de condamner *systématiquement* toute boisson alcoolique et en particulier la bière. Je fais ici allusion à la discussion qui eut lieu au sein de la Société de médecine mentale, lorsque MM. Ley et Boulenger s'efforcèrent de faire

prohiber la bière dans les asiles. J'estime que la bière légère que l'on sert dans les asiles est sans effet nuisible sur l'état des malades non soumis à un régime spécial et je pense que priver nos malades incurables et calmes de la boisson nationale à laquelle ils sont accoutumés et à laquelle ils tiennent beaucoup, constitue une mesure draconienne, une atteinte à la liberté, que nous ne sommes pas autorisés à ériger en règle.

Certes, nous devons défendre l'usage de la bière aux malades qui pourraient en être influencés défavorablement, mais nous devons, je pense, la permettre à ceux — et ils constituent l'immense majorité — qui en éprouvent une satisfaction réelle sans en pâtir aucunement. Telle est l'idée que j'ai défendue à la Société de médecine mentale et qui, je dois le dire, fut partagée par la grande majorité des psychiatres présents.

J'ajouterai, afin qu'il n'existe aucun doute sur mon désintéressement, que moi-même je ne bois que de l'eau. Si j'agis ainsi, c'est que ce régime me convient ; mais, ne faisant partie d'aucune secte quelconque, je ne pousse pas la tyrannie jusqu'à imposer ce régime à ceux qui préfèrent l'usage de la bière qui, pour eux, peut être parfaitement inoffensive.

M. GRAETER (Bâle). — Je suis d'accord sur un point avec M. le Prof. Régis, c'est quand il dit que la jalousie n'est pas toujours due à l'alcoolisme; car j'ai connu beaucoup de délires de la jalousie non alcooliques. Je signalerai aussi, en passant, que beaucoup de déments précoces se livrent à l'alcoolisme, comme conséquence de leur maladie.

Mais je suis certain que l'hérédité alcoolique joue un grand rôle dans la criminalité. En Suisse, le docteur Urbin a prouvé que la criminalité juvénile augmente plus que les crimes des adultes. Il y a trente ans, elle était de 20 % de la criminalité totale, aujourd'hui elle est de 30 %. Quand on parle d'hérédité alcoolique, on pense souvent à des fils d'ivrognes, cela est une erreur, car il a été démontré que l'hérédité alcoolique n'existe pas seulement chez les buveurs immodérés, mais souvent chez les modérés.

Bunge a étudié 2000 familles, il les a subdivisées en celles : 1° où le père ne boit pas habituellement de boissons alcoolisées (bières, vins, cidres, liqueurs) ; 2° où le père boit modérément (de n'importe quelle boisson alcoolique) ; 3° le père a bu immodérément avant la conception de ses enfants ; 4° le père est un ivrogne invétéré. Les cas de tuberculose sont dans ces groupes respectifs de : 1° 4,9 % ; 2° 5,8 % ; 3° 7,4 % ; 4° 12,6 %. Pour les maladies nerveuses les cas sont de : 1° 4,3 % ; 2° 7,6 % ; 3° 11,1 % ; 4° 22 %.

Quant à la fameuse liberté que revendique M. Régis en faveur du médecin d'asile d'alcooliques, pouvant boire du vin, je crois qu'elle est mauvaise, qu'elle est absurde. Car tant que tout le personnel d'un établissement pour alcooliques n'est pas abstinent total, les résultats du traitement de ces malades seront nuls. Oui, je le signale à l'attention des gens consciencieux, des médecins désireux de guérir les alcooliques, c'est par le vin ou la bière que l'alcoolique recommence à s'alcooliser, qu'il perd de nouveau le contrôle de ses actes et qu'il redevient un ivrogne. Pour l'alcoolique il ne faut donc pas de demi-mesure, seule l'abstinence totale le sauvera. Trop de gens chantent le bon vin, mais ce vin, c'est lui qui mène lentement les individus et les peuples à l'alcoolisme. Que M. Régis

n'oublie donc pas que ce sont les peuples les plus libres d'Europe et d'Amérique qui ont prohibé toutes les fameuses boissons alcooliques, même celles fallacieusement appelées hygiéniques comme le vin. Au contraire, ce sont les peuples qui ont le moins le sentiment de leur liberté, les plus opprimés qui sont les plus alcoolisés. Qu'on n'oublie pas que l'alcoolique entrave la liberté de tous, par ses crimes et ses réactions antisociales, et alors on se dira : la liberté cesse là où la liberté d'autrui commence. Et je dirai à M. Régis : libre à vous de boire du vin, mais aussi libre à vous de ne pas diriger d'asile pour buveurs.

M. BOULENGER (Lierneux). — Je désire attirer l'attention des membres du Congrès sur un point qu'ont abordé nos confrères Ley et Charpentier dans leur rapport, c'est celui de l'option locale, pour les colonies d'aliénés. Je pense, en effet, qu'il serait désirable que nos colonies d'aliénés ne renferment plus de cabarets où se débite de l'alcool sous n'importe quelle forme. Mais je crois que c'est progressivement qu'il faut arriver à supprimer les cabarets dans les colonies d'aliénés.

L'option locale donnée à ces communes, permettrait par un vote ou un referendum, de limiter le nombre des cabarets, de refuser la création de nouveaux débits, de les faire fermer les dimanches et jours de fête; de ne laisser ouverts que ceux qui ne vendraient aucune boisson alcoolisée.

Je crois, en effet, que dans certains cas, le traitement de l'alcoolique, dans une colonie, devra parfaire son éducation de l'asile et que dans une colonie, avec des sociétés d'abstinence totale, on pourra préparer le patronage des alcooliques au dehors dans des sociétés semblables.

J'appuierai une des remarques de M. Régis. Il a dit, en effet, que les familles d'alcooliques sont les plus nombreuses. Cela est, hélas, bien vrai. Mais je ne pense pas que M. Régis ait raison lorsqu'il dit que les animaux sont stérilisés par l'alcool et l'homme pas. De recherches anatomopathologiques faites sur les testicules de buveurs par un élève de Forel, M. Berthollet, et de celles faites par un anatomo-pathologiste de Vienne, sur des testicules d'alcooliques, il résulte qu'il se produit une destruction énorme de spermatozoïdes chez eux. Mais, hélas, il en reste encore assez cependant que pour féconder. Or, ces spermatozoïdes sont abîmés, sont frappés de blasthophorie, comme l'a dit justement Forel, et ils reproduisent alors des enfants débiles, rachitiques, fous, etc., et c'est ce qui explique et la mortalité effrayante des enfants d'alcooliques et les anomalies mentales et autres, si fréquentes chez eux. Je pense donc à ce sujet que ceux qui réclament la liberté de boire du vin et de la bière pour eux donnent un exemple dangereux et pernicieux.

Je dirai, en effet, à MM. Crocq et Régis que si l'un d'eux réclame la bière dans les asiles, l'autre le vin, un troisième réclamera le cidre, un quatrième l'opium et en Ardenne, à coup sûr où la bière et le vin sont quasiment inconnus, ce sera la liberté de donner du genièvre aux aliénés que ces partisans d'une liberté paradoxale réclameront.

Quant à moi, je pense, Messieurs, que la lutte contre la dégénérescence humaine, la lutte contre le crime, valent bien la peine de se faire abstinent total, car seule l'abstinence totale enraye efficacement les progrès de l'alcoolisme.

M. LEY, rapporteur. — Contrairement à M. Crocq, je crois que la bière — ainsi que toute boisson fermentée, *à fortiori* les alcools — doit être proscrite des asiles, en commençant par le directeur. On n'oblige personne à être directeur d'asile de buveurs. Mais comme la direction d'un pareil établissement ne peut être efficace que si le directeur est abstinent, on ne doit nommer comme tel qu'un abstinent.

Du reste, qu'on le veuille ou non, l'abstinence totale est le seul moyen qui permettra d'enrayer l'alcoolisme.

M. MINOR (Moscou). — Je préconise le traitement des alcooliques dans des policliniques, dans des ambulatoires pour alcooliques. J'ai créé une policlinique pour buveurs et je les y traite par l'hypnotisme avec beaucoup de succès. J'ai traité ainsi 9760 malades et j'obtiens au minimum une abstinence absolue durant six à douze mois.

M. VOIVENEL (Auch). — Dans ma clinique où j'ai 150 malades hospitalisés par an, j'ai peu d'alcooliques. J'observe peu d'alcooliques chez mes buveurs de vin, ceux qui vident consciencieusement de 1 à 2 litres par jour. Mais ceux qui surajoutent une autre substance alcoolisée, s'intoxiquent vite. Cependant, je n'interdirai jamais le vin à mes malades, car je ne veux pas faire partie de cette armée du salut qui est l'abstinence totale. Mais est-ce que nous ne nous intoxiquons pas par les viandes avariées, les fromages forts, la choucroute, le rolmops. En tout cas, à Toulouse où l'on boit beaucoup de vin, au point qu'il est difficile d'y trouver de l'eau dans les restaurants, il y a peu d'alcooliques!!

M. PAPADAKI (de Genève) — Les sociétés d'abstinence seront impuissantes si la loi n'intervient pas, et voici les dispositions législatives désirables :

a) Tous les alcooliques qui actuellement sont condamnés pour abandon de famille, pour avoir troublé la décence et la tranquillité publique, etc., doivent être remis directement à l'asile pour buveurs, non au pénitencier ou au violon;

b) Les alcooliques qui par suite de delerium tremens ou de toute autre forme d'aliénation mentale d'origine éthylique, seront internés dans la maison de santé, y séjourneront autant que durera leur maladie mentale. Passé ce terme, ils seront d'office remis à l'asile des buveurs;

c) Les buveurs qui se sont trouvés en conflit avec la loi et en faveur de qui un « non lieu » a été rendu, devront subir un traitement analogue, dès que le service médical de l'asile où ils auront été mis en observation déclarera que le moment en est venu;

d) Tout buveur contre qui plainte aura été déposée, soit par sa famille, soit par des personnes autorisées, pourra être interné d'office dans un asile pour buveurs;

e) La durée de l'internement pourra être fixée de six à douze mois et elle dépendra du rapport fourni par la direction de l'asile,

f) La dîme alcoolique doit être employée aux frais de l'internement et à l'entretien des familles des internés;

g) La capacité civile des internés ne sera modifiée qu'en tant que l'exige

leur état mental. Car les buveurs, au bout d'un temps d'abstinence généralement court, se retrouvent en état de gérer parfaitement leurs affaires;

b) Les alcooliques qui auront été reconnus incurables seront remis soit à l'asile des aliénés, soit à un asile spécial.

M. L. FORTINEAU (de Nantes). — Il vient d'être question du rôle toxique des différentes boissons alcooliques. Il est évident que, si les boissons spiritueuses possèdent cette action, le vin, ingéré à dose immodérée, peut avoir également une action nocive, et je n'ai pas l'intention de le défendre, pas plus que la bière.

Néanmoins il me semble qu'on exagère, et qu'on n'envisage pas siffisamment la quantité de liquide absorbée.

Je n'ai pas de statistique à apporter au point de vue criminalité, mais j'envisage ici un certain nombre de cas de dyspepsies déterminé par l'abus exclusif du vin, et je veux poser la question du traitement, pour savoir quelle méthode nous devons employer et quelle est la valeur des divers traitements.

L'*abstinence* est évidemment le traitement idéal, partant difficile à obtenir. Ce qu'on devrait chercher à réaliser, ce n'est pas tant le *savrage à l'asile* que le *sevrage définitif.*

Or, si l'application de l'abstinence peut être obtenue dans des pays tels que la Suède, la Suisse, etc., elle me semble difficile à réaliser en France, et peut être comparée aux moyens différents employés dans ces divers pays dans la lutte contre les maladies contagieuses. L'isolement dans tous les cas, possible dans les pays scandinaves, est impossible en France.

Si nous prêchions l'abstinence totale, nos malades croiraient à l'exagération, nous traiteraient de *théoriciens* et ne se soigneraient pas. Il me semble plus logique de conseiller au malade de boire une petite quantité de vin aux repas; ils s'y habitueront souvent, se surveilleront et guériront fréquemment, alors qu'ils se riraient d'idées extrêmes.

M. DUPOUY (de Charenton). — Il est certain que le rôle toxique des différentes boissons est variable. Mais, le vin est certainement capable de produire des intoxications, ne fut-ce que l'ivresse aiguë. Quant à l'abstinence, je la crois presque impossible en France. Pour ma part, j'ai guéri des dyspepsies en diminuant la quantité de vin consommée à moins d'un litre par jour. Il faut donc lutter surtout contre l'habitude de boire toujours et partout, il faut limiter les cabarets, ainsi on habituera les gens à boire de moins en moins.

M. BINET-SANGLE (Nantes). — L'alcoolisme, qui est l'un des principaux facteurs de la folie, est aussi l'un des principaux facteurs de la criminalité.

D'autre part, les statistiques démontrent que les maladies mentales sont d'une extrême fréquence chez les délinquants et les criminels.

C'est dire qu'il existe une parenté étroite entre la folie, le délit et le crime. On est même en droit de penser que les crimes et la plupart des délits ne sont que la manifestation d'une anomalie mentale.

En conséquence, je propose au Congrès d'émettre le vœu suivant :

« Le vingtième Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, emet le vœu qu'on substitue aux régimes pénitentiaires actuels, qui tendent plus à punir le coupable qu'à préserver l'innocent, un régime qui s'assigne uniquement pour but :

1° De mettre le délinquant ou le criminel dans l'impossibilité de nuire;

2° De proportionner la durée de sa peine, à la durée de sa nocivité et, s'il est curable, de le soumettre, dans des établissements appropriés, à un traitement en rapport avec la nature de son crime et de sa délinquance.

Le Congrès émet également le vœu que toute faculté de droit soit pourvue d'une chaire de criminologie et de pathologie mentale.

M. DEMONCHY (Paris). — Sans vouloir entrer dans la discussion, mais pour que la question soit complète, permettez-moi de vous présenter une attitude administrative que j'ai vu soutenir dans certains pays :

L'alcool est un médicament. Il ne doit être délivré que sur ordonnance du médecin, et faire partie de la formule. S'il est délivré seul, il ne peut l'être que pour un maximum de 30 grammes, et ne peut être renouvelé que sur une nouvelle ordonnance médicale.

M. FRANÇOIS (Audenarde) propose la résolution suivante :

Vu les opinions contradictoires sur les effets organiques des boissons alcooliques, tant au point de vue mental que général, il y aurait lieu de :

1° Nommer une commission qui par elle-même ou à l'aide d'experts déterminera à la suite de nouvelles expériences, la nocivité organique particulière des différentes boissons alcooliques fermentées et distiliées;

2° A la suite de ses conclusions, cette commission proposera à l'autorité l'interdiction de toutes ou partie de ces boissons.

M. LEY. — Je répondrai brièvement, d'abord au professeur Simonin. J'approuve les discours, les conférences, les distributions d'images antialcooliques, mais je pense qu'à l'armée, comme partout du reste, la propagande est difficile lorsqu'elle ne s'accompagne pas de l'exemple. A ce sujet, l'exemple des officiers suédois abstinents, fait énormément pour la propagande antialcoolique à l'armée. De même, l'instituteur, qui enseigne l'antialcoolisme et qui boit, obtiendra toujours de piètres résultats. Il doit, lui, comme le père de famille, montrer l'exemple de l'abstinence, s'il ne veut pas voir les enfants arriver à l'intempérance. Je suis d'accord avec M. Papadaki pour préconiser le patronage des buveurs guéris, mais il faut qu'ils entrent dans des patronages de sociétés d'abstinence totale, car pour les buveurs, les quantités les plus minimes d'alcool les entraînent à nouveau vers l'intempérance. Quant aux recherches de M. le Prof. Régis sur le nombre de délinquants chez les délirants alcooliques, elles n'entament en rien nos conclusions; car le crime n'est pas dû au délire alcoolique, mais bien au trouble que jette l'alcool dans les fonctions cérébrales du buveur, sans pour cela amener fatalement le délire. Quant à la polynatalité des alcooliques, elle me semble bien triste, car au bout du compte elle aboutit à une hécatombe de pauvres bébés, et il ne restera guère en

vie que deux ou trois enfants sur dix. Il me semble plus sage de n'avoi mis au monde que deux ou trois enfants bien constitués, que dix dont sept mourront dans des souffrances horribles et imméritées.

Mais franchement je m'étonne en entendant dire par MM. Régis, Voivenel et Crocq qu'ils guérissent leurs malades en les alcoolisant. C'est un non sens. Comment, l'immense majorité des aliénés sont des alcooliques ou des descendants d'alcooliques, et vous allez, sous prétexte de liberté, les alcooliser. C'est une absurdité. Je puis vous dire, quant à moi, que dans tout asile où l'on continue la consommation de bière et de vin, on ne guérit aucun alcoolique. Car ceux-ci s'arrangent toujours de manière à consommer de ces boissons alcoolisées en quantités immodérées. La fraude existe toujours dans un asile où n'existe pas l'abstinence totale. Et c'est ce qui explique que seuls les asiles à abstinence totale, guérissent leurs alcooliques. C'est pourquoi je dis que le médecin qui accepterait de diriger un asile de buveurs, sans être abstinent total, ne remplirait pas consciencieusement son devoir et ne guérirait aucun de ses malades.

Quant aux remarques faites au sujet du vin qui n'alcooliserait pas, je les crois bien superficiellement faites. Le Dr Forel, qui habite un canton vinicole suisse, a observé de fréquente accès de délire chez les buveurs de vin.

Est-ce qu'à Munich, le professeur Kræpelin n'observe pas tous les ans des cas nombreux d'ivresse délirante due à la bière ? Il y a des races qui ne boivent que de la bière, d'autres que du vin, d autres que du genièvre. Et je puis assurer que dans les villages flamands où l'on boit peu de liqueurs et énormément de bière, la criminalité est formidable. M. Crocq a osé dire que j'avais supprimé la bière dans mon asile par économie; c'est un bien piètre argument et je puis lui dire que les eaux minérales, le thé de tilleul sucré qui l'ont remplacée sont bien plus coûteux. Mais je prie M. Crocq de répéter l'expérience que j'ai faite moi-même, après le prof. Forel, lui, comme nous deux, obtiendra un calme dans son asile dont il s'étonnera, et cela vaut bien la peine d'entraver un peu la liberté des aliénés, que de les calmer plus vite, de les guérir plus tôt. On a d'ailleurs entravé la liberté, Monsieur Crocq en Belgique, en interdisant de consommer l'absinthe! Quant à l'argument des intoxications alimentaires multiples invoqué par M. Voivenel, j'y répondrai en disant que jusqu'à présent ni les tribunaux, ni la médecine légale, ni la psychiatrie, n'ont signalé de crimes, de délits ou de maladies mentales provoqués par une consommation abusive de choucroute ou de toute autre substance alimentaire toxique. Enfin, on nous demande de comparer les différentes substances alcooliques entre elles. Mais cela est connu depuis longtemps. Lancereau, Magnan l'ont fait. Et quant à la toxicité des faibles doses d'alcool chez l'homme, je renvoie mes contradicteurs aux travaux magnifiques et si précis de Kræpelin et de ses élèves, de Bunge et du prof. Laitinen, d'Helsingfors. Ils seront complètement édifiés et ne reviendront plus avec l'éternelle objection si souvent ressassée des effets non comparables de la toxicité de l'alcool chez les animaux et chez l'homme. Ces effets, suivant ces travaux, sont presque superposables.

M. René CHARPENTIER. — A la réponse du Dr Ley concernant les argumentations ayant trait à la partie sociologique du rapport, je n'ajou-

terai que quelques mots particulièrement en ce qui concerne le point de vue criminologique.

Nous n'avions pu que signaler l'importance de la question de l'éducation anti-alcoolique à l'armée et je remercie M. le Professeur Simonin des documents récents qu'il a bien voulu nous communiquer et qui montrent les efforts faits dans ce sens dans l'armée française.

M. Granjux, né en Bourgogne, et qui connaît bien ce centre vinicole, après nous avoir dit que ce pays ne renferme pas d'alcooliques, ajoute qu'on y rencontre beaucoup d'ivrognes. S'il est vrai qu'au point de vue médical, il y a une grande différence dans l'état organique d'un alcoolique et celui d'un ivrogne, il n'en est pas moins vrai qu'en criminologie l'ivresse tient une large place dans la genèse des délits et des crimes commis sous l'influence des boissons alcooliques. Nous avons pu rapporter dans les cadres de ce rapport des faits qui démontrent l'importance de ce facteur étiologique criminel que M. Granjux semble considérer avec indulgence.

Je tiens à remercier M. le Professeur Régis qui a bien voulu nous prêter l'appui de sa grande autorité scientifique en nous apportant une statistique et des faits très intéressants. En ce qui concerne les idées de jalousie des alcooliques il n'entre pas dans notre esprit de dire qu'elles sont toujours d'origine interprétatives. Elles naissent assez souvent accompagnées d'hallucination visuelles au cours d'accès subaigus. Mais il est des cas où l'hallucination visuelle qui accompagne le délire alcoolique subaigu se produit chez un alcoolique chronique depuis longtemps déjà atteint d'idées de jalousie sans hallucinations. L'hallucination visuelle semble ici dominer la scène alors qu'en réalité le début des idées délirantes est bien antérieur.

La multinatalité avec multimortalité consécutive sur lesquelles a si justement insisté M. le Professeur Régis à propos de la descendance des alcooliques, a été signalée dans ce rapport et M. le Professeur agrégé Dupré en montre de nombreux exemples dans ses leçons à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police de Paris où se trouve un service unique pour l'observation de l'alcoolisme et de ses conséquences criminelles et sociales.

Il est un seul point sur lequel M. Régis est en désaccord avec vos rapporteurs. De même que M. Granjux a déclaré qu'il y avait en Bourgogne des ivrognes mais pas d'alcooliques et que ce beau résultat est dû au vin qu'on y boit, M. Régis, de Bordeaux, nous apporte des conclusions analogues. Il ne nous dit pas, assurément, qu'il n'y a pas d'alcooliques en Gironde puisqu'il nous apporte une statistique personnelle de 100 cas, mais il affirme que, dans cette région, les buveurs de vin qui ne boivent que du vin ne deviennent jamais alcooliques.

J'avoue, Messieurs, que vos rapporteurs n'ont pas réussi à faire le départ entre les buveurs de vin et les autres. Ce que nous avons vu, dans les milieux où nous observons, c'est que la plupart de nos malades boivent à la fois du vin, des apéritifs et des liqueurs. En France, en particulier, grâce au dangereux privilège des bouilleurs de crû, on fabrique des boissons alcooliques telles que le « marc » ou le « calvados » que les habitants des pays de vin et de cidre boivent en plus de

leur boisson habituelle dite hygiénique, et dont les méfaits ne seront pas niés. Personne ne niera non plus que le cidre et le vin à eux seuls suffisent à créer l'ivresse et que l'ivresse est un facteur de nature à troubler l'ordre public et la sûreté des personnes.

Mais où M. Régis me semble faire un élégant paradoxe, c'est lorsqu'il préconise la cure de l'alcoolisme par l'usage du vin. Tous les alcooliques que nous voyons à Paris en boivent, du vin. Assurément, la plupart ne boivent pas que du vin. Chacun a son ou ses apéritifs ou liqueurs préférés, mais du vin, ils en boivent tous et hardiment. Cela ne les empêche pas de boire de l'alcool.

Aussi n'est-ce pas en leur conseillant de boire des boissons alcooliques que, à notre avis, on guérira les alcooliques, mais en leur apprenant au contraire l'usage salutaire de l'eau, des tisanes, du lait et de toutes boissons ne contenant pas du tout d'alcool. Seuls, ceux qui à l'asile, prennent cette habitude et la gardent au dehors, sont exempts de rechutes.

Et c'est pourquoi il faut profiter de leur internement momentané pour leur faire prendre cette habitude et cela, non seulement en ne leur donnant que des boissons inoffensives et agréables mais encore en leur montrant l'exemple. Ce n'est pas lorsqu'ils verront transporter des boissons alcooliques chez leur médecin ou lorsque les infirmiers en boiront près d'eux qu'ils prépareront leur esprit à suivre les conseils qu'on leur donne. Aussi vos rapporteurs erpriment-ils le vœu parmi leurs desiderata que les asiles de buveurs soient confiés à des médecins abstinents. Il n'y a là aucune atteinte à la liberté. Personne n'est obligé de diriger un asile de buveurs et parmi les aliénistes, il en est de nombreux qui remplissent cette condition. Il y a là une adaptation à la fonction toute naturelle et il existe des établissements comme ceux que nous demandons. Les résultats y sont concluants.

M. Crocq, parlant dans le même sens, proclame l'innocuité de la bière. Il est cependant des observations qui démontrent son influence néfaste. Il est une seule des boissons dites hygiéniques dont il n'a pas été parlé ici, c'est le cidre. Il suffit d'avoir vécu dans les pays à cidre comme la Normandie et la Bretagne pour savoir les ravages désastreux qu'y fait de jour en jour l'alcoolisme sous l'influence surtout de l'eau-de-vie de cidre faite et bue par les particuliers en même temps que le cidre.

M. Crocq s'indigne de ce que M. Ley ne donne pas de bière à ses aliénés en traitement et proteste au nom de la liberté individuelle. Il est singulièrement paradoxal de protester contre un médecin qui impose un régime hygiénique à des aliénés internés. Où s'arrête ce respect de la liberté individuelle qui permet d'interner un aliéné mais ne permet pas au médecin, après l'internement, de supprimer à ce névro-psychopathe tout excitant, y compris les boissons alcooliques, sous prétexte que c'est son habitude d'en prendre? Dans la plupart des services des asiles de la Seine, les malades ne boivent que du lait ou des tisanes et il serait à souhaiter qu'il en fut de même partout.

M. Graeter (de Bâle) fait remarquer avec juste raison que, si les idées de jalousie sont fréquentes chez les alcooliques, elles ne sont pas spécifiques de l'alcoolisme. Nous avons dit simplement que leur fré-

quence est telle chez les alcooliques qu'en présence d'un alcoolique chronique criminel il faut toujours les chercher. Je le remercie de l'appui autorisé qu'il a apporté aux conclusions de vos rapporteurs.

Communications relatives à l'Alcoolisme

La criminalité alcoolique dans l'armée. — Sa prophylaxie

par MM. les médecins-majors Granjux et Jude (de Paris)

L'alcoolisme et la criminalité alcoolique qui sont, en général, en augmentation dans la population civile, diminuent dans la plupart des armées européennes, ainsi que l'ont établi dans le *Caducée:* Maistriau, pour la Belgique; Simonot, pour la France; von Tobald pour l'Allemagne; Butza, pour la Roumanie.

L'un de nous (Jude), autorisé par le Ministre de la Guerre, a examiné 397 dossiers de militaires condamnés par les conseils de guerre de Lyon et de Rennes. Sur ces 397 soldats, 141, soit 35.51 p. c. étaient des alcooliques; 256, soit 64.69 p. c., n'ont pas paru pouvoir être considérés comme tels.

Si l'on classe ces 397 crimes ou délits suivant qu'ils sont ou non commis avec violence, on constate que:

1° Sur 164 militaires condamnés pour *délits de violence,* délitts plus ou moins impulsifs et instantanés (rebellion, menaces, coups et blessures, outrages, bris de clôture, etc.), 11, c'est-à-dire 67.68 p. c. étaient des alcooliques et 53, soit 32.32 p. c. ont paru indemnes de cette tare;

2° Sur 233 militaires condamnés pour *délits sans violence,* délits calculés, préparés (vol, faux en écriture, filouterie, désertion, etc.), 203, c'est-à-dire 87.12 p. c. ne pouvaient, d'après la lecture des dossiers, être classés comme alcooliques.

Où s'alcoolisent les militaires?

L'étude des dossiers a montré qu'aucun des militaires condamnés ci-dessus ne s'est enivré à la caserne. La circulaire ministérielle interdisant la vente dans les casernes de l'eau de vie et des apéritifs est strictement appliquée.

Malheureusement le soldat est attriré par les cabarets borgnes qui encerclent les casernes; il s'alcoolise sur le comptoir et se se syphilise derrière. Ces bouges sont l'antichambre des conseils de guerre.

Une répression énergique de l'ivresse peut la rendre exceptionnelle. L'un de nous, agissant ainsi, l'a fait disparaître de la section d'infirmiers dont il avait la surveillance. Mais ce n'est là qu'un pal-

liatif. Le but le la prophylaxie antialcoolique doit être dans l'armée de protéger le soldat contre le cabaret.

Dans ce but, on a créé des cercles du soldat dans les casernes. C'est un progrès incontestable, mais insuffisant parce que le troupier est entraîné en ville par la même force irrésistible qui pousse les élèves des écoles de l'Etat à s'en échapper dès que la porte est ouverte. C'est une évasion instinctive, qu'on ne saurait empêcher, ni même blâmer, d'autant qu'on peut la rendre profitable pour le soldat.

Il suffit pour cela d'organiser en ville des « maisons du soldat », des « foyers du soldat », c'est-à-dire des locaux où le soldat est chez lui, où il trouve un abri pour la valise qui contient ses affaires personnelles, du papier à lettres pour faire sa correspondance, des livres, des jeux, et pas d'alcool.

L'autorité militaire, et il faut l'en louer, autorise ses créations, à condition qu'elles soient tenues à l'écart de la religion et de la politique. La Croix Rouge commence à organiser de ces « maisons du soldat ». C'est une tâche pour laquelle elle paraît indiquée, et on ne saurait trop l'engager à y persévérer.

Au sujet de l'alcoolisme dans l'armée

par M. Jude (de Paris)

Des recherches faites avec l'autorisation ministérielle dans les dossiers des conseils de guerre de Rennes et de Lyon, nous donnent les résultats suivants : sur un total de 397 militaires dont nous avons compulsé les dossiers, 141, soit 35,51 p. c., sont alcolliques ; 256, soit 64.69 p. c., ne sont pas considérés par nous comme des alcooliques.

Si nous divisons les délits en deux catégories : d'un côté les *délits de violence,* délits « instantanés » ; d'un autre côté les *délits sans violence,* mais *calculés,* préparés (vol, escroquerie, désertion, etc.), nous trouvons : condamnés pour délits de violence, 164, dont 111 alcooliques, soit 79.88 p. c., et 53 non considérés comme alcooliques, soit 20.12 p. c.

Condamnés pour délit sans violence : 233, dont 30 alcooliques, soit 12.88 p. c. et 203 non considérés comme alcoolique, soit 87.12 p. c.

Nous donnons ensuite les pourcentages basés sur le même plan de recherches, mais pour chacun des deux conseils de guerre en particulier : nous montrons par exemple qu'à Rennes, pays d'alcoolisme, 68.60 p. c. des délits de violence sont commis par des éthyliques ; à Lyon 65.11 seulement.

Nous terminons en montrant que le soldat français ne s'alcoolise

jamais à la caserne, où tout a été fait pour lutter contre l'éthylisme (circulaires ministérielles très appliquées, défendant la vente d'alcool dans les cantines, conférences, *exemple* des chefs qui sont sobres). On ne peut faire plus.

La cause du mal est en dehors de la caserne.

Le soldat s'alcoolise malgré nous dans des débits, souvent dans ces débits à filles si nombreuses près des camps, et où il contracte par surcroît la syphilis ou la blennorragie, voire la fièvre thyphoïde en buvant des eaux polluées.

Voilà la fraude, cause d'intoxication et d'infection.

Le remède à l'alcoolisme des militaires réside (tout ayant été fait à la caserne) dans des mesures sociales pour l'établissement desquelles le législateur pourra prendre comme guide les vœux que va émettre le Congrès.

La Jurisprudence des Tribunaux en matière de séparation de corps et de divorce et les faits d'ivresse

par les Drs P. JUQUELIER et A. FILASSIER (de Paris)

L'article 231 du Code civil dispose : « Les époux pourront réci-» proquement demander le divorce pour excès, sévices ou injures » graves de l'un envers l'autre. »

De son côté, l'article 306 du Code civil modifié par la loi du 27 juillet 1884, est ainsi conçu : « Dans le cas où il y a lieu à la » demande en divorce, il sera libre aux époux de former une de-» mande en séparation de corps. »

Différentes définitions ont été données de ces termes.

C'est ainsi que pour Coulon, « les excès sont des actes d'un ca-» ractère tel qu'ils mettent en danger la vie en compromettant la » santé de la personne qui en est l'objet ».

« Les sévices sont des actes de brutalité, de cruauté ou de mé-» chanceté qui ne portent pas atteinte à la vie ou à la santé des per-» sonnes, mais qui, néanmoins, rendent la vie commune impossi-» ble. »

« Les injures graves sont des paroles outrageantes, des écrits qui ont pour but de déconsidérer la personne ou de manifester à son » égard des sentiments de dédain, de haine ou de mépris. »

On peut classer aussi parmi les injures graves tous faits de nature à porter atteinte à l'honneur de l'un des conjoints, et qui ont un tel caractère de gravité qu'ils rendent la vie commune impossible.

Carpentier (*Traité théorique et pratique du Divorce,* Paris 1885)

définit les injures graves « toutes paroles, tous écrits ou tous actes » quelconques qui ont pour effet de porter atteinte au conjoint dans » sa considération ou dans son honneur ».

* * *

De ces définitions il résulte donc dès l'abord que les faits qui nous occupent rentrent dans la catégorie des injures graves et peuvent à ce titre justifier une action en séparation de corps ou divorce.

Les injures graves sont d'ailleurs les causes les plus fréquentes de ces actions.

Sans doute il arrivera que sous le coup de la boisson, dans une crise de délire alcoolique, à la faveur des idées de persécution ou de jalousie si fréquentes alors, un époux se livrera sur son conjoint à des actes regrettables ; nous nous trouverons ici en présence d'un excès ou d'un sévice que le juge aura à apprécier.

Plusieurs hypothèses doivent être examinées : pour le Code, la folie ne saurait constituer une cause de séparation de corps ou de divorce ; un arrêt de la Cour de Cassation du 5 août 1890, indique que les excès, sévices ou injures graves doivent émaner d'une personne saine d'esprit, moralement responsable de ses actes. Un arrêt de la même Cour, du 14 janvier 1861 (D. 61, I. 196) avait déjà déclaré que les excès, sévices ou injures graves commis sous l'empire d'aliénation mentale, ne sont pas de nature à justifier une demande en séparation de corps. (Voir dans le même sens, Cour de Monpellier, 1er février 1866, D. 67. 5. 390) ; Tribunal de la Seine, 27 novembre 1868 et Tribunal de Lure, 14 mars 1863, *Gazette des Tribunaux*, 6 janvier 1869.)

La doctrine est d'accord avec la jurisprudence.

Vraye écrit : « Les excès, sévices ou injures graves ne sont une » cause de divorce ou de séparation de corps que s'ils sont commis » volontairement avec une intention coupable, dans le but de nuire » à l'époux, soit physiquement, soit moralement. S'ils sont le ré- » sultat de la maladie, ou de toute autre cause exclusive de la volonté » de leur auteur, ils ne sauraient plus rentrer dans les termes de » l'article 231. »

Dans le même sens, un arrêt de la Cour d'Orléans du 28 novembre 1900 (Orléans, 28 novembre 1900, D .P. 1901, 2. 335) refuse d'accueillir une demande en séparation de corps, parce que les faits ne sont pas nettement établis, et parce que la malade « était atteinte d'une affection héréditaire ».

« Attendu... qu'on pourrait aller jusqu'à dire que, les faits » d'ivresse véritable auraient-ils été établis, leur caractère d'actes » volontaires, et par suite d'actes injurieux, deviendrait lui-même » douteux, en raison de l'état mental héréditaire de la dame C... »

La Cour estime dès lors que les faits reprochés ne peuvent être

retenus, non seulement parce qu'ils ont pour cause directe un état morbide, mais encore parce que l'ivresse peut n'être considérée que comme conséquence de cet état.

Nous ne savons de quelle affection héréditaire il s'agissait, mais la solution serait la même, semble-t-il, si nous nous trouvions en présence d'un maniaque, d'un épileptique à la période confusionnelle, d'un paralytique général à la période de début ; il n'y aurait pas lieu de retenir des excès de boissons commis à une période d'irresponsabilité.

Mais, peut-on dire a priori que puisqu'il s'agit d'un héréditaire, les faits d'ivresse doivent être écartés ? Evidemment non, à notre avis ; le dégénéré héréditaire présente un état mental qui lui est propre ; il est, par rapport aux sollicitations journalières, dans un état de moindre défense ; M. Magnan a pu dire qu'il se laissait aller à boire plus facilement parce qu'il était dégénéré, et que l'alcool faisait chez lui des ravages d'autant plus considérables qu'il était porteur d'une tare héréditaire. Il en résulte donc qu'il faut le prémunir contre ses propres excès, et que la notion de sa responsabilité civile et pénale constituera dans sa lutte contre ses propres tendances, un frein important que l'on ne saurait négliger.

Par contre, M. Grevin, continuant le traité du Code Civil de Demolombe (*Traité du Divorce*), note qu'il en sera autrement si le désordre mental doit être imputé à une faute de celui qui en est atteint et l'ivresse constitue une faute volontaire dont les suites peuvent être reprochées à leur auteur.

« Attendu qu'il résulte des documents de la cause, dira la Cour de Besançon, que M... est fréquemment atteint de crises de délire aigu pendant lesquelles il se livre à des scènes d'injures et de violences ; que c'est ainsi que, du 4 août 1889 au 22 avril 1894, il a dû être enfermé sept fois à l'asile de... ;

» Attendu que le médecin qui a examiné l'appelant déclare avec certitude que l'alcoolisme était la cause de ses accès d'aliénation mentale ; qu'après un séjour assez court à l'asile, la raison lui revenait, mais que dès qu'il recommençait à boire, il devenait fou de nouveau, et l'internement devenait nécessaire ;

» Attendu que c'est donc par sa volonté persistante que l'appelant se plonge lui-même à intervalles fréquents dans un état de dégradation absolue, pendant lequel il devient dangereux ; qu'on ne peut dès lors obliger sa femme à rester plus longtemps exposée à sa fureur alcoolique... »

Et la Cour confirme le jugement du Tribunal de Dôle qui avait prononcé le divorce. (Cour de Besançon, 18 décembre 1896. D. P. 1898, 2, p. 4.)

De même un arrêt de la Cour de Paris, du 29 avril 1881 (Cour de Paris, 29 avril 1881, S. 1882, 2, 21) prononça la séparation de corps au profit de la femme dont le mari s'était, sous l'empire

d'excès alcooliques et d'accès de jalousie, livré sur elle à des sévices et injures extrêmement graves.

Cet arrêt intervient dans les circonstances suivantes : les époux X... s'étaient mariés en 1859; en 1875 X..., à la suite d'excès alcooliques, commença à maltraiter habituellement sa femme. Arrêté en 1878, à la suite de violences sur un de ses employés, il fut soumis à un examen médical.

M. le Dr Chrétien de Souchay, expert désigné, conclut ainsi : « X... est atteint d'aliénation mentale (manie); sous l'empire » d'idées erronées, il entre en fureur, et se livre à des violences qui » le rendent un danger pour son entourage; ce sont surtout des » idées de défiance et de jalousie extrême envers sa femme, qui » excitent sa fureur, et elle est continuellement la victime de vio- » lentes brutalités dont nous avons été témoins le 27 août dernier, » le Dr Piedalin et moi. Je considère le placement de ce malade » comme une mesure de protection nécessaire. »

A quelques jours de là, M. le Dr Faure délivre le certificat suivant : « Etat maniaque, hallucinations, agitation, jalousie, actes » de violence, dangereux, est dans un état mental qui exige son » placement dans un asile. »

Le malade fut alors transféré à Bicêtre d'où il sortit le 25 janvier 1879. Il semble bien, d'après ces certificats que nous nous trouvions en présence d'un malade qui, à la suite d'excès alcooliques, avait eu des accès de délire hallucinatoire avec idées de persécution et de jalousie; irritabilité morbide et actes de violence à l'égard de sa femme.

Dès la mise en liberté de son mari, celle-ci introduit une demande en séparation de corps devant le Tribunal de la Seine, qui, par arrêt du 14 février 1880, repousse cette demande car, « la démence ne peut être une cause de séparation de corps ».

Mme X... interjeta appel, et le 29 avril 1881, le Cour de Paris cassa le jugement du tribunal et prononça la séparation :

« Considérant qu'il ressort dès à présent des documents fournis » au procès que X..., sous l'empire d'excès alcooliques et d'accès » de jalousie, a dû être, en 1878, interné momentanément et mis en » observation dans un asile, il a été par deux fois, et au bout de » très peu de temps (3 mois) mis en liberté comme ayant la con- » science et la responsabilité de ses actes;

» Considérant qu'à la même époque, il s'était, à différentes re- » prises, livré contre sa femme à des excès, des sévices et injures » graves...

» En conséquence... »

* * *

Mais notre plaideur n'est pas atteint d'une affection mentale; il n'a pas commis sous l'influence d'une cause pathologique dont il

porte le poids, des excès de boissons ; il n'a pas déterminé sa maladie par des abus d'alcool ; les faits d'ivresse, constituent-ils des injures graves susceptibles de justifier une action en séparation de corps ou de divorce ?

La jurisprudence des Cours et des Tribunaux a beaucoup varié. C'est ainsi que la Cour de Liége, par arrêt du 24 juillet 1872 (Coulon et Faivre, jurisprudence du divorce) décida que les faits d'ivrognerie n'avaient aucun rapport avec la personnalité du conjoint défendeur, et ne pouvaient constituer une cause de divorce.

Bien mieux, Frémont rapporte qu'un jugement du tribunal d'Anvers du 26 mai 1867, avait admis que les injures proférées par la femme contre le mari, alors qu'elle était en état d'ivresse, et accompagnées d'actes contraires à la pudeur, puisaient dans le fait même de l'ivresse une atténuation qui lui enlevait leur caractère de gravité suffisante pour motiver une action en divorce ; si le vice de l'ivresse, disait-on, surtout par sa fréquence et sa longue continuité, est incontestablement une cause de troubles et de peines pour le conjoint, et un mauvais exemple pour les enfants, ce vice ne constitue pas cependant l'injure grave et caractérisée qui peut donner lieu à la dissolution d'un contrat qui engendre entre les époux, l'obligation de supporter mutuellement leurs défauts.

De son côté, la Cour de Bruxelles indique par arrêt du 10 août 1858, que le simple fait pour l'un des époux de s'adonner à l'ivrognerie, ne constitue pas pour l'autre une cause de divorce.

En France, il a été jugé que les faits isolés d'ivresse ne pouvaient être invoqués. C'est ainsi qu'il a été jugé que des faits d'ivresse de la femme ne peuvent être considérés comme injures graves lorsqu'il est constant que ces faits sont peu nombreux (Dijon, 27 juillet 1887) ; que les injures proférées pendant un *état d'ivresse* accidentel peuvent être considérées comme n'étant pas volontaires et ne constituent pas une injure grave suffisante. (Orléans, 21 octobre 1897, S. P. 98, 2, 39.) (Voir dans le même sens : Liége, 10 août 1854, *Pasicrisie belge 1856,* 2, 440, août 1888, *Pasicrisie belge,* 1871, 2, 166 ; Bruxelles, Gand, 26 décembre 1872, *Pasicrisie belge,* 1872, 2, 95.)

De même le tribunal de Gourdon, par jugement du 5 juillet 1904, estime que les faits isolés d'ivresse, ne sont pas suffisants, et la Cour d'Agen partage cette manière de voir. (Arrêt du 30 janvier 1905, D. 1905, 2, 63.)

Il faut donc que les faits reprochés soient assez nombreux. Est-ce suffisant ? Oui, dira dans une espèce de séparation de corps la Cour de Poitiers (arrêt du 18 juin 1894, 2, 235).

Mais de nombreux arrêts et jugements réclament un élément nouveau : le scandale.

C'est d'abord le Tribunal de la Seine qui pense que « si le mari » se laissait parfois aller à boire un peu plus que de raison, cette

» intempérance n'a pas revêtu un caractère habituel et scandaleux » qui permet de le considérer comme une injure grave à l'égard de » sa femme » (jugement du 31 décembre 1883, *Gazette des Tribunaux,* 31 décembre 1887) et que les habitudes d'intempérance et de scandale sont causes suffisantes pour le divorce (jugement du 31 mai 1897, *Gazette des Tribunaux* du 23 septembre 1897).

« S'il est vrai, dit un arrêt de la Cour de Toulouse du 10 février » 1898 (D. P. 1899, 2, 257) que les témoins indiquent d'une ma- » nière générale que X... a été vu parfois pris de boisson, il ne » résulte pas de ces dépositions la preuve assez manifeste pour » constituer un grief de séparation de corps... »

La Cour de Chambéry, par arrêt du 13 mars 1905 (*La Loi,* 30 mai 1905), décide que le fait de s'enivrer constamment et d'une manière scandaleuse, constitue de la part de l'époux une injure grave, de nature à justifier une demande en divorce.

Un arrêt de la Cour de Poitiers, du 30 juillet 1906 (S. 1907, 1, 454) dispose « que s'il résulte des enquêtes que P... s'enivrait » quelquefois, il n'est pas établi qu'il eût des habitudes d'ivrognerie » atteignant assez profondément sa considération pour constituer » une injure grave à l'égard de sa femme; *qu'il n'a pas été un seul » fait d'ivresse ayant causé un scandale public, soit dans les auber- » ges, soit ailleurs* ». Et la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation confirme, en 1907, en décidant ainsi : « Par un usage » légitime de son pouvoir d'appréciation, l'arrêt attaqué n'a violé » aucun des textes. »

Des faits accidentels d'ivresse, déclare la Cour de Dijon, peu nombreux, et qui n'ont eu d'autres témoins que les gens de service de la maison, ne peuvent autoriser le mari à demander le divorce (Cour de Dijon, 27 juillet 1887, S. 1888, 2, 17), et cependant, Frémont (*Traité du Divorce,* n° 63) estime qu'il « y aura publicité » suffisante pour constituer l'injure grave, lorsque l'outrage verbal » se sera produit devant quelques personnes, devant des amis, les » enfants, les domestiques ».

Le Tribunal de Verviers, le 14 juin 1880, attache à l'élément scandaleux une grande importance.

« Attendu que le demandeur articule dans sa requête introductive d'instance que sa femme s'adonne aux boissons fortes et qu'elle a refusé de renoncer à ce vice fatal malgré les sollicitations réitérées de son mari, malgré les instances pressantes, les admonestations parfois sévères de son frère; qu'elle se procure et va parfois chercher elle-même ce qu'elle boit chez les fournisseurs dénommés à la dite requête que par la faute de la défenderesse, le scandale n'a pu être évité;

» Attendu qu'il est admis en principe que les injures graves dont il est question dans l'article 231 du Code civil, peuvent être soit verbales, soit réelles;

» Que les injures réelles comprennent tous les faits qui constituent une insulte, un outrage ou une marque de mépris; attendu que le fait de l'un des époux de *s'adonner à l'ivrognerie peut* dans certaines circonstances, notamment quand *ce fait produit un vrai scandale,* se répète trop souvent au point de devenir une habitude, et, malgré les sollicitations pressantes et réitérées de l'autre époux, constituer, tout au moins à l'égard de celui-ci, une marque de mépris suffisante pour justifier une demande en divorce, mais pour qu'il en soit ainsi, il faut évidemment que les faits d'ivrognerie soient posés librement en dehors de toute influence résultant d'infirmités physiques ou intellectuelles... » (*Pasicrisie belge,* 1881, 3, 132.)

La jurisprudence qui fait du scandale un argument décisif est-elle fondée? et Demolombe n'écrit-il pas justement que la publicité n'est pas une condition nécessaire des sévices ni même des injures. « Le texte ne l'exige pas et on a même rejeté un amendement qui » proposait de substituer les mots « diffamation publique » à ceux » de « injures graves ».

Mais il n'en est pas moins vrai aussi que « la publicité peut être une des circonstances aggravantes du fait lui-même ». (Demolombe, *Traité du Mariage,* T. 2, n° 385, Paris 1869.)

De leur côté, Aubry et Rau (*Cours de droit civil français,* T. V, p. 177, Paris, 1872) estiment : « Si la publicité d'une injure en » augmente la gravité et si l'absence de publicité en atténue la por- » tée, une injure peut cependant être rangée parmi les injures graves » quoiqu'elle n'ait point été accompagnée de publicité ».

Des résistances d'ailleurs se sont produites: « Attendu, disposera un jugement du Tribunal de Lyon du 14 novembre 1895 (*Gazette des Tribunaux* du 15 janvier 1896) qu'il n'est pas exact de dire que l'ivresse même habituelle ne devient une injure grave qu'à la condition d'être poussée jusqu'au scandale public et de nuire à la réputation du ménage; qu'il est hors de doute que lorsque l'ivresse se produit et se renouvelle malgré les remontrances pressantes et réitérées; lorsqu'elle en arrive à être une occasion de sévices pour l'autre conjoint et de troubles dans l'existence conjugale, un mauvais exemple dans la famille et dans la maison, elle affecte alors un caractère assez gravement injurieux pour motiver une action en séparation de corps. »

* * *

De nombreuses décisions de justice réclament donc que les faits reprochés soient nombreux et qu'il y ait scandale.

Sont-ce là des conditions nécessaires, et le juge est-il lié?

En aucune manière. Le jugement du Tribunal de Lyon du 14 novembre 1895, en témoigne. Le juge apprécie souverainement la gravité des espèces qui lui sont soumises. Il se détermine par tel motif qu'il estime suffisant.

C'est ainsi que la Cour de Bruxelles a jugé le 10 août 1863 que « l'ivrognerie peut, lorsqu'elle se renouvelle presque chaque jour, » qu'elle est entourée de circonstances engendrant un véritable » scandale, qu'elle résiste à toutes les sollicitations, à tous les con- » seils et même à toutes les injonctions de l'autre époux, en un mot, » *lorsqu'elle imprime sur toute la conduite de celui qui s'y livre une* » *tache honteuse qui va atteindre même son conjoint,* elle peut re- » vêtir alors le caractère d'une de ces injures graves que le législa- » teur a placé au nombre des causes qui autorisent la demande en » divorce... »

La Cour de Paris, par arrêt du 19 mai 1879 (S. 79, 2. 175) estima que la femme pouvait demander la séparation de corps, lorsqu'il était établi que son mari avait contracté des habitudes d'ivrognerie et d'intempérance, avec cette circonstance, que ces habitudes auraient exercé sur les relations conjugales une influence funeste, et que sous leur empire, le mari aurait laissé sa femme dans l'abandon, ne lui témoignant que du dédain et de l'indifférence.

Il y avait là pour la Cour les éléments d'une injure grave, de nature à justifier la demande ; en conséquence, elle autorisa la femme X... à faire la preuve, notamment :

1° Que dès les premiers jours du mariage, X... avait contracté l'habitude de boire et rentrait fréquemment en état d'ébriété complète ;

2° Que notamment, le 31 janvier 1878, au mariage d'un parent, il avait tellement pris d'absinthe avant le repas qu'il avait été obligé de se coucher pendant plusieurs heures, donnant ainsi à tous ses parents le spectacle de son ivresse ;

3° Que ces scènes se sont renouvelées fréquemment, et que, malgré les observations de la femme, elles ont pris un caractère de gravité tel, qu'elles ont provoqué chez X... des crises nerveuses, et que, dans ces moments, hors de lui, il n'a plus conscience de son état.

Un arrêt de la Cour de Liége, 23 mai 1881, confirme le jugement d'un Tribunal qui avait prononcé le divorce :

« Attendu que pour admettre le divorce, l'arrêt dénoncé se fonde » sur ce que les *habitudes d'ivrognerie* de la femme X... ont été » parfois *accompagnées de faits et de propos tels qu'ils doivent être* » *considérés comme une injure grave pour le mari* » ;

« Attendu que cette décision, loin de violer l'article 231 du Code » civil, en est au contraire une juste application, puisqu'elle ne pro- » nonce la dissolution du mariage entre parties qu'après avoir cons- » taté en fait l'existence de l'un des causes du divorce que cet article » détermine... »

La doctrine est d'ailleurs conforme à la jurisprudence.

Aubry et Rau écriront :

« Les tribunaux jouissent du pouvoir discrétionnaire le plus » étendu quant à l'appréciation du point de savoir si les sévices ou

» les injures dont se plaint l'un des époux sont assez graves pour
» justifier une demande en séparation de corps. Ils peuvent et doi-
» vent à cet égard prendre en considération l'âge, la position so-
» ciale et l'éducation des parties, les circonstances dans lesquelles
» les sévices ou les injures ont eu lieu, et les torts que l'époux plai-
» gnant aurait à se reprocher. »

* * *

En résumé (et sauf quelques rares décisions de justice ne retenant pas l'ivrognerie parce qu'elle ne modifie pas la personnalité du conjoint, ou parce qu'elle est un incident exceptionnel de la vie conjugale, dans laquelle les époux doivent supporter réciproquement leurs travers), dans l'état actuel de la jurisprudence, les faits d'ivresse ne justifient pas une action en séparation et en divorce, à moins qu'ils ne soient nombreux, scandaleux ou entourés de circonstances telles qu'ils fassent par là même la conviction du juge.

De plus, ces excès ne pourront être retenus que tout autant qu'ils seront commis par un sujet responsable, et ceci devra être entendu dans un sens très large : c'est ainsi que l'époux les commettant ne pourra se les voir reprocher, s'il est atteint d'une affection mentale, qui non seulement le rend plus sensible aux effets de l'alcool, mais encore l'empêche de résister à l'attrait de la boisson.

Ici cependant, il contient de se montrer réservé. Il est, dans chaque cas, de toute importance de caractériser aussi exactement que possible l'anomalie psychique et de déterminer avec soin le discernement du sujet, ainsi que son pouvoir de résistance en face de la boisson (1). En effet, le conjoint qui se livre à des excès alors qu'il est très sensible aux conséquences de l'alcool, et qui, le sachant, continue, commet une faute engageant sa responsabilité.

De même, en matière correctionnelle ou criminelle, certains experts, après avoir excusé une ou deux fois un dégénéré buveur particulièrement nuisible au cours de ses ivresses d'ailleurs anormales, le considèrent comme devant rendre compte de ses actes à la justice en cas de récidive. Le délinquant, pensent-ils, a été suffisamment averti par les faits antérieurs du péril que son ivrognerie crée pour la société. Il commet donc une faute grave chaque fois qu'il s'enivre, s'il n'est pas démontré que sa déséquilibration mentale a précisément pour résultat de le pousser irrésistiblement à boire.

---

(1) C'est à dessein que nous n'avons pas parlé de la dipsomanie qui, avec sa période prémonitoire de tristesse suivie d'obsessions puis d'impulsions, est une véritable maladie qui ne rentre pas dans notre sujet.

La prophylaxie officielle de l'alcoolisme dans l'armée française

par le Prof. SIMONIN (du Val-de-Grâce)

Dans la troisième partie du très remarquable rapport de MM. Auguste Ley et René Charpentier (Sanctions et mesures sociales contre l'alcoolisme), le paragraphe d'ailleurs très succinct du chapitre II, relatif à l'antialcoolisme à l'armée en général, ne mentionne aucun des efforts tentés dans l'armée française en particulier, au cours de ces dernières années, pour lutter contre le terrible fléau.

En qualité de délégué du Ministre de la Guerre de France, et à l'occasion de cette discussion, je me permets, en conséquence, de déposer sur le bureau du Congrès, une note sur la prophylaxie officielle de l'alcoolisme dans l'armée française.

Je me propose simplement de résumer, dans une courte note, l'ensemble des mesures officielles prises dans l'armée française, de 1892 à 1909 en vue de contribuer à la prophylaxie de l'alcoolisme.

Après avoir été considéré pendant longtemps comme un des foyers les plus actifs de cette intoxication si funeste, le groupe militaire se range actuellement, en France, parmi ceux qui possèdent le meilleur armement hygiénique, grâce aux efforts de nombreux ministres et aux conseils techniques éclairés d'un service de santé, dont la sollicitude est toujours en éveil.

De temps immémorial l'eau a été et elle reste encore la boisson habituelle de l'armée française, mais les liquides fermentés et alcooliques avaient pénétré peu à peu dans les casernes, sous forme d'allocations exceptionnelles, motivées par des fatigues anormales (marches, manœuvres expéditions), la rigueur de la température (boissons dites hygiéniques ou réconfortantes), les épidémies, les grandes fêtes.

Cette tolérance intermittente de l'Etat pour les liquides alcooliques a disparu, mais il convient de spécifier, dès à présent, que c'est avant tout dans un esprit de lutte contre *l'alcool et les spiritueux* que la campagne nouvelle a été engagée.

L'usage modéré des boissons fermentées est non seulement toléré mais officiellement recommandé dans l'armée française, et les chefs d'unités ont été récemment invités (circulaire ministérielle du 1er décembre 1909) à utiliser largement leurs fonds d'économie pour distribuer le plus souvent possible, à chacun des deux principaux repas, une ration de 0.25 litre de vin, ou une quantité équivalente de bière ou de cidre, suivant la région et le recrutement. Il a été bien spécifié toutefois qu'il est préférable d'employer les économies ou bonis en excédent, à majorer la ration de viande, plutôt que de multiplier les distributions de vin quand on veut demander au soldat un effort supplémentaire, ou bien encore augmenter sa résis-

tance organique générale (circulaire ministérielle du 5 février 1894).

Les habitudes nationales, intimement liées aux produits du sol français, n'ont point paru pouvoir s'occommoder d'un rigoureux abstentionisme et, d'autre part, le ministre s'est autorisé de l'opinion de hautes compétences hygiéniques qui ont déclaré utile l'usage modéré des boissons fermentées prises en mangeant « pour réconforter l'organisme des travailleurs, stimuler le système nerveux, développer la résistance et atténuer la fatigue. »

De même, on a estimé qu'en temps de guerre, quand les hommes bivouaquent ou encore dans le cas de fatigues anormales ou de froid rigoureux, une ration exceptionnelle d'eau de vie de 0.0625 litre, stimulant facile à transporter sous un faible volume, pourrait être allouée par homme et par jour à l'exclusion de toute autre boisson fermentée (décision ministérielle du 10 novembre 1908). A cette exception près, les distributions d'eau-de-vie ont été complètement supprimées dans l'armée à dater de 1901 (décret présidentiel du 5 mai 1901).

L'Etat français paraît donc avoir prudemment réglementé dans ses casernes, la consommation officielle des boissons fermentées, et réduit au strict minimum celle de l'alcool, en campagne, mais il a fait davantage en édictant une série de mesures propres à enrayer les ravages de l'alcool, à l'intérieur comme à l'extérieur des quartiers.

Par une circulaire ministérielle en date du 3 mai 1900 (général de Gallifet), il a été tout d'abord interdit, d'une façon absolue, de vendre dans les cantines, aucune eau-de-vie ou liqueur à base d'alcool, ni encore les multiples préparations connues sous le nom d'apéritifs. Cette prohibition s'étend à toutes les cantines des casernes, quartiers, camps et terrains de manœuvres. La vente des boissons fermentées vin, bière, cidre, poiré), et celle de toutes les boissons alimentaires (café, thé, lait, chocolat), continuent seules à être autorisées. L'expérience ayant montré qu'en dépit de ces instructions, l aconsommation frauduleuse et occulte de l'alcool continuait dans les cantines, une circulaire ministérielle du 29 juin 1907 a décrété leur suppression lente et progressive par voie d'extinction, en fermant tout d'abord celles qui étaient gérées par des civils pourvus de commissions provisoires, puis ensuite celles devenues vacantes par décès ou démission des titulaires.

Cette suppression des cantines appelait un organe de remplacement, sous peine de voir le soldat s'exposer fatalement au danger plus grand encore de la fréquentation des nombreux débits interlopes du voisinage. Cette éventualité ayant incité certains corps à créer de véritables coopératives de consommation, organisées dans les salles de récréation de chaque compagnie ou escadron, une circulaire du 26 janvier 1908 a déterminé officiellement les limites dans

lesquelles peut s'exercer l'initiative de la constitution des coopératives.

La *coopérative de consommation* a un caractère purement facultatif : elle ne doit devenir ni une maison de commerce, ni un cabaret ; elle ne vend pas à toute heure, et la consommation des boissons fermentées ou hygiéniques y est limitée, dans une mesure raisonnable, par les chefs de corps. Elle doit touours garder un caractère d'œuvre d'éducation morale. Le soldat y trouve, sans sortir de la caserne, aux heures de loisirs, un lieu de réunion attrayant, bien aéré, chauffé et éclairé, où il est chez lui, où il peut lire, écrire, se distraire, acheter quelques menus produits d'alimentation, consommer en quantité modérée des boissons hygiéniques.

Il a été enfin décrété que les bénéfices doivent être employés soit en achat d'ouvrages, soit en achat de matériel pour la salle de récréation, soit à des œuvres d'assistance, de prévoyance ou de mutualité.

On avait tenté de reconstituer dans la caserne même, l'image de l'abri familial, pour les sous-officiers comme pour les soldats, en dehors même de tout essai de coopérative de consommation. Les mesures successives adoptées dans ce but ont abouti aux prescriptions officielles de la circulaire du 30 mai 1902, relatives aux principes à observer pour la construction des casernes. Ce document prévoit dorénavant :

1° Un mess avec *cercle pour les sous-officiers*, unique pour tout le régiment, installé dans un bâtiment spécial, entouré d'un jardin, comprenant une *salle de lecture avec bibliothèque*, et une *salle de consommation*.

2° Dans chaque unité, compagnie ou escadron, *une salle de réunion avec cabinet de lecture annexé*, une circulaire du 30 mars 1904 ayant déjà autorisé l'*achat de jeux* pour ces différentes salles de réunion.

Le but de ces diverses fondations est aisé à comprendre, c'est de constituer pour le soldat un refuge où il puisse passer ses moments de liberté et la soirée, loin des cabarets et des lieux de débauche.

Le ministre de la guerre a voulu compléter cette œuvre en 1909 (circulaire du 15 avril), en organisant, spécialement au cours de la belle saison, des excursions facultatives en commun pour aider les hommes à occuper les dimanches et fêtes ; ces excursions, dirigées par un officier ou un sous-officier ont un double but moralisateur et instructif ; elles sont accessibles à tous, car leurs frais sont ordinairement couverts par les bénéfices des coopératives et semblent de nature à prévenir l'alcoolisme qui menace les désœuvrés de toutes les classes de la société.

Dans cette lutte contre le fléau moderne, on n'a pas oublié qu'il fallait apprendre au soldat tous les dangers de l'alcoolisme pour la santé physique et morale et par contre les avantages inverses de la sobriété. Il a donc été créé, dès 1901 (circulaire du 15 janvier), *un*

véritable enseignement antialcoolique destiné aux officiers, sous-officiers et soldats.

Cet enseignement est donné tout d'abord sous forme de *conférences annuelles*, dont le programme très judicieux, a été arrêté par le comité technique de santé: les maladies physiques et mentales occasionnées par l'alcoolisme chez l'individu et sa descendance; les conflits qu'il crée avec la discipline; sa funeste influence sur le cours des maladies ou blessures y sont passées en revue, sous une forme plus ou moins élevée ou familière suivant le milieu auquel elles sont destinées.

La diffusion des *placards d'instruction*, des *maximes*, des *tracts anti-alcooliques* dans les chambrées, les réfectoires concourent au même but.

Dans certains corps, sur l'initiative prise en 1905 par la Commission permanente de préservation de la tuberculose, des formules courtes et concises énonçant, en style lapidaire, la prophylaxie de l'alcoolisme, de la syphilis et de la tuberculose, sont inscrites au verso des *permissions quotidiennes.*

Ajoutons à cela que les *sanctions displinaires ou pénales* réservées aux alcooliques délinquants sont d'une rigueur suggestive. Et d'abord une circulaire ministérielle du 10 août 1872, avait déjà stipulé que, dans aucun cas, l'ivresse ne pourrait être invoquée comme une circonstance atténuante! Quant à la jurisprudence à suivre à l'égard des militaires coupables d'ivresse elle a été arrêtée par la circulaire du 9 novembre 1905 et par le Code de justice militaire. Les punitions disciplinaires (salle de police, prison, cellule), remplacent les amendes prévues par la loi civile quand il s'agit de simple ivresse jugée au corps. Mais, si en raison de circonstances particulières, l'ivrogne a été traduit devant le conseil de guerre, une première faute est punie de un jour à deux mois de prison; la récidive de six jours à six mois de prison.

A côté de la répression, le ministre a voulu placer des *récompences:* diplômes d'honneur, lettres de félicitations, pour les officiers et sous-officiers; inscription au tableau d'honneur publiquement affichée pendant trois mois pour les soldats. Elles sont accordées à tous ceux qui auront particulièrement contribué à l'organisation et au développement des œuvres d'éducation morale à la caserne.

Tel est, esquissé dans ses grandes lignes, l'armement anti-alccolique créé dans la caserne française. Sa valeur n'est évidemment pas absolue. Elle dépend de la bonne volonté de tous, du zèle plus ou moins éclairé et soutenu de ceux qui sont chargés d'en appliquer les règles, comme aussi de la docilité du soldat appelé à les observer.

Les difficultés n'ont pas manqué de surgir de divers côtés. Et d'abord un grand nombre d'hommes se sont montrés peu friands de fréquenter ces lieux de réunion où ils sont pliés aux règles d'une sorte d'établissement de tempérance, à la fois militaire et obliga-

toire; ils ont préféré la cantine et surtout les cabarets voisins où ils ont une plus grande liberté d'allures. D'autres, au contraire, ont profité d'une sorte d'émulation qui s'est établie entre cantines et coopératives pour fréquenter successivement les deux établissements, au détriment de leur bourse, de leur santé et du but qu'on se propose.

Les cantiniers se sont plaints amèrement de la concurrence difficile à soutenir que leur font les coopératives de compagnie: ils ont fait ressortir que leur emploi correspond à l'emploi civil réservé aux sous-officiers, et que l'Etat se conduisait vis-à-vis d'eux d'une façon peu loyale.

Un certain nombre de commandants d'unités ont trouvé excessive cette nouvelle charge de surveillance administrative des coopératives qui exigerait un véritable comptable d'une grande expérience et d'une moralité irréprochable, double qualité souvent difficile à rencontrer chez les jeunes sous-officiers mis à leur disposition.

On a signalé çà et là, d'autre part, des excès de zèle dans la recherche des consommateurs, chez certains officiers un peu trop à l'affût de ressources exceptionnelles, destinées à augmenter l'élégance des locaux ou le bien être général de leurs hommes.

Plus souvent encore, des sous-officiers oublieux de l'exemple qu'ils doivent à leurs subordonnés, ont plus ou moins ostensiblement enfreint dans leurs cercles les prescriptions relatives aux boissons alcooliques ou spiritueuses.

Néanmoins, l'action bienfaisante et moralisatrice qui retient le soldat à la caserne s'est affirmée dans de nombreux corps par la diminution sensible des punitions graves pour indiscipline et actes de violence, témoignage précieux pour un médecin averti, de la décroissance manifeste de l'action provocatrice de l'alcool et de ses dérivés, les liqueurs à essence.

Enfin, par cet ensemble de mesures judicieuses dirigées contre le terrible fléau, l'*armée s'est réellement montrée éducatrice*. Elle sème chaque année, dans les contingents qui se succèdent, l'idée féconde que l'alcool n'est pas le distributeur de force et d'énergie que conçoit le populaire, mais un agent terrible de dissolution et de mort, et en cela elle accomplit une œuvre de haute et bienfaisante humanité qu'on ne saurait trop appuyer et encourager.

La crise excito-motrice de l'alcoolisme aigu devant la justice militaire

par le Prof. Simonin (du Val-de-Grâce)

L'ivresse, *dans sa forme commune*, intéresse peu la médecine légale, car la loi n'admet pas, en principe, qu'elle puisse être invo-

quée comme excuse, et l'expert médical ne peut, en conséquence, ouvrir aucune discussion à ce sujet.

Il n'en est pas toujours de même quand l'ivresse se présente sous *des formes anormales,* dont il existe plusieurs types assez nettement caractérisés.

Ces manifestations variables paraissent, avant tout, relever d'abord de conditions inhérentes à la *constitution* même de chaque sujet et tenir, ensuite, à la *nature des produits* alcooliques ingérés.

Il est hors de doute que l'alcool est supporté très différemment suivant les individus. La dose qui produit à peine un effet appréciable chez tel sujet engendrera chez d'autres l'ivresse dans sa forme commune, ou l'une des variétés moins fréquentes de l'alcoolisme aigu : ivresse agressive et violente, ivresse excito-motrice, ivresse délirante.

D'une manière générale, la susceptibilité spéciale au poison alcoolique se rencontre chez presque tous les sujets dont les fonctions cérébrales présentent habituellement quelques défectuosités. Tels sont particulièrement les dégénérés héréditaires et les névrosés ; qu'il s'agisse de neurasthéniques, d'hystériques ou d'épileptiques ; les intoxiqués ou plus simplement encore les sujets porteurs de ce qu'on nomme actuellement le *caractère émotionnel.*

Il appert nettement, d'autre part, que la nature et la qualité des boissons ingérées sont capables de modifier largement les traits habituels de l'ivresse commune, qu'il s'agisse d'alcools industriels ou de liqueurs à essence, dont Laborde et Maignon, Cadéac et Meunier ont si amplement démontré l'action électivement pernicieuse sur le système nerveux.

Chacun connaît le tableau de l'ivresse commune, avec sa loquacité, son allure titubante, ses troubles émotifs qui font la joie du populaire et se traduisent, selon les caractères, par gaieté expansive, une affectivité exagérée ou une tristesse bruyante. Au point de vue militaire, il s'agit là d'une faute considérée plutôt comme vénielle, si elle ne répète pas d'une façon habituelle. Elle relève de la simple *répression disciplinaire.*

Il en va tout autrement quand l'ivresse revêt la forme de l'accès agressif et violent ou encore celle de la crise excito-motrice. L'alcoolisme aigu, sous ces deux aspects sensationnels, qui fréquemment se succèdent chez le même sujet, à un court intervalle, expose les malheureux intoxiqués à commettre les délits ou même les crimes militaires les plus répréhensibles, ceux que le Code de justice militaire punit avec la dernière rigueur.

Dans l'ivresse agressive et violente, le sujet, sombre et taciturne, est devenu querelleur. Pour un motif futile, une observation banale, il prend en haine quelqu'un de son entourage et cherche à le frapper. Le plus souvent même ce n'est pas au hasard que cet ivrogne

choisira le sujet qu'il va atteindre d'un bras assuré, et auquel l'alcool n'a rien enlevé de sa force et de sa précision. Il élit comme victime une personne contre laquelle il a un grief quelconque et que de sangfroid il trouvrait futile et absurde; il en résulte, comme l'a fait remarquer le professeur Thoinot, que le délit ou le crime va sembler nettement prémédité et uniquement motivé par la passion, alors que presque c'est sous l'influence de l'intoxication éthylique que l'idée de l'attentat a germé, pour la première fois, dans l'esprit qui, privé à cet instant du contrôle du jugement et de l'action frénatrice de la volonté, accepte cette brusque suggestion et va immédiatement la traduire par un acte violent.

A un degré plus élevé, et comme suite à la forme précédente ou même encore d'emblée, on peut voir se dérouler le tableau impressionnant de l'ivresse excito-motrice, telle que l'a si parfaitement décrite Paul Garnier. Ici les effets de l'alcool paraissent se concentrer, avant tout, sur les cellules motrices du cerveau. Une sorte de rage aveugle pousse l'intoxiqué à frapper, à détruire, parfois sans motif et sans prétexte, tout ce qui s'offre à sa vue. Colère aveugle, rage destructive, énergie musculaire décuplée, s'ajoutent à des cris rauques, des rugissements, des sons à peine articulés, des jurons et des blasphèmes. Les actes et les paroles témoignent du même désordre convulsif, qui ne dure pas longtemps en général. L'accès décroît, se ralentit, puis aboutit ordinairement *à un sommeil profond et prolongé*. Au réveil, l'alcoolique n'a plus qu'un souvenir confus, très incomplet ou même nul des paroxysmes qu'il a subis, et au cours desquels il aura été à peu près complètement inconscient.

On ne pourra manquer d'être frappé, si on veut bien lire les observations cliniques annexés à ce travail, de constater qu'on retrouve dans l'histoire de nos malades la fidèle description des troubles que nous venons de décrire.

Il suffit d'arrêter un instant son attention sur les deux formes de l'accès d'alcoolisme aigu pour se figurer aisément quels vont être les conflits des intoxiqués avec la discipline et la justice militaires. Outrages ou menaces par paroles et par gestes; voies de fait envers les supérieurs, en dehors ou à l'occasion du service; destruction ou bris volontaire des objets de casernement ou d'habillement appartenant à l'Etat; voilà les délits habituels que provoque l'alcoolisme aigu agressif ou excito-moteur, survenant en milieu militaire.

Aux termes mêmes des articles du Code de justice militaire, les sanctions pénales, prévues, sinon régulièrement appliquées, pour de telles fautes, s'échelonnent suivant les cas: de deux mois à cinq ans de prison, de deux à dix ans de travaux publics; enfin la mort, avec ou sans dégradation militaire préalable, est la sanction que comporte, en particulier le crime de voies de fait envers les supérieurs.

Devant une législation aussi draconienne, on conçoit, sans peine, que l'avocat défenseur, conseiller légal du prévenu, au cours de l'instruction, soulève, presque invariablement, la question d'irresponsabilité, pour peu que dans l'histoire de son client ou des faits qui l'amènent devant la justice militaire, il y ait place au soupçon de dégénérescence mentale ou d'anomalie psychique à un degré quelconque.

Empressons-nous d'ajouter que l'autorité militaire et plus spécialement le rapporteur du Conseil de guerre chargé de l'instruction. s'empressent de déférer à ce désir et provoquent l'expertise médicolégale officielle, pour laquelle toutes facilités de lieu et de temps sont accordées à l'expert médical dont la conscience peut et doit s'éclairer de la communication de toutes les pièces ou interrogatoires qu'il jugera nécessaires.

A l'expert médical du Conseil de guerre va donc incomber la lourde mission de dire si, chez l'inculpé, l'ivresse qui est à la base du délit ou du crime, est le fait d'une véritable impulsion à ce point irrésistible et morbide qu'elle entraîne l'affirmation de dégénérescence grave et l'irresponsabilité complète du sujet.

Il ne faut pas se dissimuler que cette déclaration d'irresponsabilité entraînera tout naturellement une autre conséquence beaucoup plus sérieuse, celle du rejet définitif du prévenu des rangs de l'armée.

Le jury ne saurait, en effet, concevoir qu'on laisse entre les mains d'un inconscient des armes dont il pourrait à un moment donné faire le plus regrettable usage.

L'expert médical, s'il n'est pas familiarisé avec les divers aspects et les degrés si variés de la dégénérescence mentale, est naturellement porté, comme le grand public, dont les connaissances psychiâtriques sont fatalement rudimentaires, à associer d'une façon parfois excessive les termes de dégénérescence et d'irresponsabilité, et à établir entre eux une sorte de corrélation étroite et presque irréductible.

Il y a là une grosse erreur, très préjudiciable aux intérêts de collectivité, qu'il s'agisse de la société en général ou plus spécialement de l'agglomération militaire.

Les dégénérés mentaux suivant leur degré, suivant la forme et la nature intime de leurs troubles intellectuels ou moraux peuvent se réclamer de tous les degrés de la responsabilité, et l'équation par trop simpliste entre les deux termes dégénérescence et irresponsabilité n'a aucune raison valable d'être maintenue, dans tous les cas.

En conséquence, la question, en apparence si simple, posée à l'expert d'affirmer ou non l'existence de la dégénérescence ne saurait trancher le fait de responsabilité ou d'irresponsabilité et reste impuissante à faire conclure à la nature morbide de l'ivresse initiale

qui a débauché, comme conséquence inattendue, l'accès agressif et excito-moteur avec actes ou délictueux ou criminels.

En fait, nous considérons comme très complexe la solution du problème, car même dans le cas très fréquemment observé où le prévenu paraît nettement responsable *de son ivresse* qui résulte d'un simple penchant à boire, c'est-à-dire d'une passion ou d'un vice, se rattachant ou non à la dégénérescence, il reste à envisager la question sous une autre face, c'est-à-dire à déterminer pourquoi l'intoxication éthylique, aussi voulue et librement consentie qu'elle ait été à son début, a revêtu la forme spéciale de l'agression et de la violence, sans lesquelles le Code militaire n'aurait pas eu à intervenir.

En d'autres termes, il faut rechercher la cause qui a fait de l'ivrogne un délinquant ou un criminel, il faut se demander pourquoi l'alcool rend tel sujet gai, tel autre morose, celui-là enfin violent et dangereux ? Quand l'intoxication est réalisée et l'ivresse venue, l'alcoolique *subit à n'en pas douter et sans pouvoir les diriger ou les maîtriser* les divers modes de réaction motrice ou intellectuelle, qu'il s'agisse du poison éthyle ou du toxique essence.

L'expert manquerait donc à son devoir, à notre avis, si, se bornant à considérer avec la loi que l'ivresse ordinaire ne peut être invoquée comme excuse, il ne s'appliquait pas à déterminer subsidiairement la raison de la forme spécialement violente de tel ou tel accès alcoolique.

Il trouvera parfois, dans cette étude, des raisons suffisantes pour enlever, tout au moins la question d'atténuation de la responsabilité, spécialement quand il s'agit, pour le prévenu, d'une première incartade, alors que son expérience personnelle ne lui a pas encore appris les réactions spéciales et anormales que provoque chez lui le poison alcoolique.

Quelle est, en milieu militaire, la fréquence des réactions excito-motrices de l'alcoolisme aigu ?

La statistique suivante, empruntée à ma pratique médico-légale, peut contribuer à nous en donner une idée : sur 32 soldats délinquants alcooliques déférés à mon expertise, je relève les variétés suivantes :

Refus d'obéissance, menaces, outrages, voies de faits.	7 cas
Infractions disciplinaires simples	1 —
Abandon de poste	1 —
Absences illégales	5 —
Désertions	4 —
Insoumission	1 —
Vol	1 —
Delirium tremens	5 —
Troubles organiques	6 —
Fugue alléguée, mais simulée	1 —

Comme on le voit, l'alcoolisme agressif et excito-moteur entre dans ce total pour une proportion de 23.3 pour cent, c'est-à-dire de près d'un quart.

Quand nous aurons relaté en détail ces sept observations, il nous sera possible de chercher à déterminer les causes les plus fréquentes de ces formes d'alcoolisme aigu, violent et agressif.

Observation I. — Alcoolisme-absinthisme aigu : accès agressif et excito-moteur, au cours d'une sortie régulière du dimanche. Emotivité anormale naturelle du caractère et irascibilité. Penchant à boire. Fièvre typhoïde grave à 17 ans; traumatisme temporal droit à 18 ans.

Stigmates physiques de dégénérescence.

H.. (Eugène), 23 ans, employé de commerce.

Engagé volontaire pour quatre ans; cavalier de 2e classe au 1er cuirassiers. 29 mois de service.

Prévenu de : « Ivresse manifeste et publique, outrages et voies de fait envers un supérieur, en dehors du service ». Article 223 du Code de justice militaire : 5 à 10 ans de travaux publics.

Circonstances du délit. Le 23 mars 1903, H..., en compagnie de deux brigadiers, commence des libations à la cantine du corps, puis les continue au dehors dans divers débits. Il boit du vin blanc, puis une série d'absinthes.

A dix heures du soir, les trois compagnons, manifestement ivres, titubaient et chantaient à tue-tête dans la rue Royale. Ils sont interpellés par un jeune officier en civil qui essaie de se faire reconnaître en montrant sa carte d'identité. Les brigadiers, plus maîtres d'eux-mêmes, continuent leur route; mais le cavalier H... insulte grossièrement l'officier et le frappe. Le lieutenant décrit en ces termes l'attitude de H... : Il était dans un *état particulier de démence alcoolique;* après m'avoir frappé et fait tomber mon chapeau à terre, il s'acharnait à le piétiner en poussant de véritables hurlements. Il n'était nullement maître de lui, ne se rendant compte ni de ses grossièretés, ni de ses actes. »

L'officier ayant requis des agents pour le saisir, il renouvelle ses injures, ses grossièretés, puis il s'esquive pour vagabonder jusqu'à dix heures du soir.

Le lendemain H... affirme *qu'il ne se rappelle en aucune façon cette scène de violence prolongée, ni sa rentrée tardive au quartier.* Il manifeste les plus profonds regrets, affirme *qu'il perd régulièrement la mémoire quand il a bu.*

Antécédents personnels de l'inculpé. Vie civile. Il appartient à une famille de petits commerçants relativement aisés : il est le quatrième de dix enfants. Aucune tare mentale chez les ascendants ou les collatéraux. Considéré comme un excellent élève à l'école primaire. Il est placé à 14 ans chez un fabricant de dentelles où il donne toute satisfaction par son intelligence et son travail. A 17 ans, il contracte une *fièvre typhoïde grave* qui le maintient au lit pendant deux mois.

A 18 ans, se trouvant dans la rue, un jour de tempête, *une tuile,* déta-

chée d'un toit, vient le frapper *dans la région temporale droite :* il perd connaissance pendant quelques instants : la plaie du cuir chevelu met environ six semaines à cicatriser.

Il dut rester alité pendant près de trois mois en raison de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, de dérobement par faiblesse des membres inférieurs.

Au régiment, il s'engage pour quatre années. avec l'espoir de s'assurer ultérieurement une situation civile.

Son intelligence et son instruction le font classer au peloton des élèves-brigadiers, mais il doit le quitter ultérieurement en raison de son peu d'aptitude à monter à cheval. Il se plaignait de vertiges, d'éblouissements qui lui occasionnèrent plusieurs chutes.

Considéré comme un médiocre cavalier, apathique et peu soigneux, il a été pourvu, dans la suite, des fonctions sédentaires de garde-magasin, il s'en acquitte correctement pendant 29 mois sans encourir de punitions.

Psychisme. H... possède une intelligence vive, il a de l'attention, de la mémoire, de l'imagination, du jugement et du raisonnement. Il a reçu une bonne instruction primaire, attestée par un certificat obtenu à l'âge de 12 ans; l'instituteur le considérait comme un excellent élève, studieux et appliqué, obtenant généralement les premières places de la classe. Chez ses divers patrons, on se louait de son travail et de sa conduite.

A l'hôpital il se montre correct, soumis et respectueux, serviable et confiant. Il a des sentiments affectifs très prononcés et un sens moral très droit. Il affirme ses regrets avec sincérité, se préoccupe vivement de la peine que ses parents éprouveront à l'annonce de sa faute et de ses conséquences, qu'il a pris soin de leur cacher jusqu'alors, il lui arrive même de verser des larmes en songeant au déshonneur qu'une condamnation pourrait jeter sur lui et sur les siens.

Au point de vue des *penchants* il a *commis, à intervalles éloignés, quelques excès de boisson,* mais sans en faire une habitude, il supportait mal les liquides alcooliques qui avaient le don de le surexciter rapidement. De caractère nerveux et irritable, surtout depuis sa fièvre typhoïde, si on l'en croit, il avait avec ses frères et sœur de fréquentes discussions.

A la caserne, il fut puni pour avoir brutalisé un camarade, au cours d'une discussion, engendrée par un motif futile; il a encouru également une autre punition pour une réclamation non fondée, adressée au gouverneur de Paris, en dehors de la voie hiérarchique.

Etat somatique. Taille élevée ($1^{m}82$), musculature peu développée, figure imberbe et juvénile; crâne oxycéphale; asymétrie faciale par hémiatrophie droite; voûte palatine creuse, en ogive profonde; lobules adhérents et peu dessinés : tels sont les stigmates de dégénérescence physique qu'on peut relever.

On note encore un léger tremblement vibratoire menu des mains étendues, puis une cicatrice cutanée blanche, glabre, non adhérente aux parties profondes, située dans la région temporale droite, à deux travers de doigt au dessus et en avant du tragus, c'est le reliquat du traumatisme déjà relaté, qui fut suivi d'une commotion assez violente.

L'examen des divers organes et des fonctions ne révèle aucune altération, aucun trouble appréciable.

Conclusions médico-légales. Le prévenu n'est atteint d'aucun trouble de l'intelligence, d'aucune lésion du système nerveux en général.

L'impressionnabilité du caractère, qu'il allègue comme excuse, paraît incontestable; il a une émotivité exagérée telle qu'on la rencontre chez les jeunes adolescents dont le développement physique et moral n'est pas complètement achevé; il est d'ailleurs possible que la fièvre typhoïde grave et la commotion cérébrale traumatique subies par le prévenu à 17 et 18 ans, aient contribué à augmenter cette irritabilité native.

En ce qui concerne le fait même qui amène le prévenu devant le conseil, il paraît équitable de distinguer le fait d'ivresse lui-même, qui n'est pas excusable, de l'accès excito-moteur qui l'a suivi et qui a été la conséquence à la fois : de la nature du poison ingéré; de l'émotivité anormale du sujet et l'intervention intempestive de l'officier. Les caractères de violence insolite de cet accès ont vivement frappé l'officier lui-même. Cet acte de sauvage rébellion ne comporte pour le prévenu *qu'une responsabilité limitée,* car il n'est, en aucune façon, le reflet du caractère habituel du prévenu, ni du milieu honnête dans lequel il a été élevé.

Sanction prononcée : un an de prison.

Observation II. — Alcoolisme aigu; accès agressif, au cours d'une marche fatigante par un temps chaud. Puérilité mentale. Crises hystériformes antérieures. Fièvre typhoïde d'intensité moyenne, à 15 ans.

M... (Henri), 20 ans, boulanger.

Engagé volontaire pour quatre ans; soldat de 2e classe au 2 e régiment d'infanterie (8 mois de service).

Prévenu de : « Outrages par paroles, gestes et menaces, à l'occasion du service, envers ses supérieurs. » Article 224 du Code de justice militaire (5 à 10 ans de travaux publics).

Circonstances du délit. Après une marche par une journée chaude, M..., qui faisait partie du campement, exécute une série de corvées au cours desquelles il commence à boire du vin et des apéritifs et se fait d'abord remarquer par des étourderies sans conséquences. Cette excitation factice due, à la fois, à la fatigue et à l'alcool, augmente progressivement et l'amène, par une sorte de fanfaronnade, à injurier une série de sous-officiers; son énervement s'augmente du peu de fermeté qu'il rencontre de la part de ces derniers. Il s'enhardit alors jusqu'à menacer par gestes un sergent qui l'avait antérieurement puni, puis toute son audace s'affaisse quand on se décide enfin à prendre, contre lui, des mesures répressives énergiques : il se met à pleurer comme un enfant et à se repentir. Pendant toute cette scène son ivresse n'a pas semblé totale. Il ne titubait pas; mais il parut, à tous les témoins, hors de lui et très surexcité. Il a conservé assez de sang-froid pour borner ses menaces à des paroles et à des gestes. Néanmoins *il affirme ne plus se rappeler les détails de son ivresse* depuis le moment où il aurait invectivé les sous-officiers.

Antécédents du prévenu dans la vie civile. M... appartient à une famille de petits commerçants très honorés et jouissant d'une modique aisance. Son père, atteint d'une affection cardiaque, a succombé à l'âge de 65 ans

à un ramollissement cérébral d'origine embolique; sa mère, âgée de 60 ans, est bien portante et saine d'esprit. Il a un frère âgé de 15 ans, qui jouit d'une parfaite santé. Pas d'antécédents mentaux ou névrosiques appréciables dans la famille. Employé dans une boulangerie depuis l'âge de 10 ans, il travaille régulièrement et mène une conduite régulière, *néanmoins il se laisse, de temps à autre, entraîner à boire, rarement seul, le plus souvent en compagnie* et cependant il sait que le vin, l'alcool et les spiritueux provoquent rapidement chez lui une ivresse agressive « *et lui font perdre la tête* ».

Antécédents dans la vie militaire. Admis au peloton des élèves caporaux, dès son arrivée, en raison de sa bonne instruction; il n'a jamais eté classé, à cause de son peu d'application, de sa légèreté. Ces défauts se retrouvent dans les motifs de punitions qu'il a déjà encourues; il s'esquive fréquemment les corvées, rentre en retard au quartier, boit seul ou en compagnie de femmes galantes, puis après chaque nouvelle incartade, se dit plein de repentir, prend de bonnes résolutions; honteux de sa conduite qui l'a mal posé dans son régiment il demande à changer de corps, et ne cache pas son dégoût pour la vie militaire.

Psychisme. L'air éveillé, l'esprit attentif, M... répond bien à toutes les questions qu'on lui pose. Il s'exprime avec clarté, précise nettement les renseignements qui lui sont demandés. Il a reçu une instruction primaire assez complète. A l'école jusqu'à l'âge de 14 ans, il s'y montra un peu étourdi; mais assez studieux cependant pour obtenir à la fin de ses classes le certificat d'études.

Ses sentiments affectifs sont très développés; il a une profonde tendresse pour sa mère, dont il ne peut entendre parler sans avoir les larmes aux yeux. Il aime la société et entretient avec ses égaux des rapports de bonne camaraderie.

Il rend volontiers service à ses voisins, et exécute sans murmurer les menues corvées qu'on exige de lui.

Il ne se pose ni en victime ni en persécuté et n'a pas gardé d'animosité contre le sous-officier qui le fit arrêter.

Il ne paraît hanté d'aucune idée fixe, d'aucune préoccupation ou obsession spéciale; ses nuits sont calmes sans rêves particuliers.

Il paraît éprouver un regret sincère de son incartade, basé à la fois sur la crainte d'une punition sévère et sur la perspective du déshonneur qui rejaillira sur sa famille, dans le cas d'une condamnation.

Etat somatique. Enfance sans incidents, ni convulsions, ni traumatismes. A l'âge de 10 ans, pleurésie séro-fibrineuse, à l'âge de 15 ans, fièvre typhoïde de moyenne intensité, sans suites appréciables.

L'examen ne décèle aucun stigmate physique de dégénérescence; aucune lésion organique, aucun trouble fonctionnel appréciable, en dehors d'un léger tremblement vibratoire des mains étendues dans la position du serment et de quelques zonas segmentaires d'anesthésie cutanée.

A l'âge de 17 ans, il aurait eu plusieurs crises convulsives hystériformes, que le Dr Voisin, de la Salpêtrière, traita par la suggestion simple.

Conclusions médico-légales. Caractère léger, étourdi; paresseux et

sensuel, prompt à l'entraînement comme au repentir ; ayant un penchant assez marqué pour la boisson, M... nous semble pouvoir être qualifié de puéril mental ; il a, d'autre part, quelques stigmates de névrose, à laquelle on peut attribuer son émotivité facile, c'est en cela que sa responsabilité nous paraît *légèrement atténuée*. Etant donnée l'existence de ces stigmates névropathiques, il n'est point surprenant qu'une dose d'alcool même faible, produise chez lui une excitation anormale, dont il ne peut ni prévoir, ni modérer l'intensité.

Il mérite donc plutôt la sérieuse correction qu'on donne à un enfant léger et inconséquent, que la répression sévère que l'on devrait infliger à un homme fait, complètement responsable.

Pénalité prononcée par le Conseil de guerre : deux ans de prison.

A été gracié du restant de sa peine, au bout d'une année, en mai 1902, en raison de sa bonne conduite au cours de sa détention.

Observation III. — Alcoolisme aigu, accès agressif et excito-moteur, au retour d'une absence illégale de quatre jours et d'un voyage fatigant. Emotivité habituelle anormale : crises de colère et violences, insubordination. Deux atteintes de chorée à 11 et 13 ans. Onanisme quotidien de 12 à 16 ans. Sobriété habituelle.

S... (Louis), 19 ans, serrurier.

Engagé volontaire pour trois ans, sapeur de 2e classe au 5e régiment de génie ; quatorze mois de service.

Prévenu de : Voies de fait et outrages par paroles, gestes et menaces, envers des supérieurs pendant le service ; d'incendie volontaire d'un bâtiment militaire.

Code de justice militaire : art. 223, *mort ;* art. 224, 5 à 10 ans de travaux publics ; art. 251, mort avec dégradation militaire.

Circonstances des délits et des actes criminels. Le 1er février 1900, S... avait demandé une permission pour aller dans sa famille, elle lui fut refusée.

Le 20 février il part sans permission d'une façon illégale, se rend chez ses parents et rentre spontanément au corps dans la soirée du 24 février.

Il avait fait un voyage fatigant et d assez copieuses libations ; on remarque sa surexcitation à sa rentrée à la caserne. Le sergent-major constate sa tenue irrégulière et donne l'ordre au caporal de semaine de le conduire en prison.

Sous l'influence de la contrariété, l'accès violent commence ; S... refuse d'obéir, insulte le caporal et le sergent-major qui l'a rejoint, lui arrache sa baïonnette et cherche à l'effrayer sans le frapper. On le maîtrise, il se débat, frappe violemment un caporal. On réussit à l'enfermer à la salle de police.

L'accès excito-moteur continue la scène ; hors de lui, il met le feu à la literie, on le retire à demi-asphyxié : on le porte à l'infirmerie et il manifeste le regret de n'avoir pas tué le sergent.

Pendant toute cette scène, il raisonne admirablement, il reconnaît chacune des personnes qu'il invective, il trouve des injures appropriées aux diverses phases de la lutte, aux gradés et à leurs fonctions.

Le lendemain, *il affirme qu'il a perdu tout souvenir de ses faits et gestes,* à partir du moment où il a cherché à fuir le caporal qui voulait l'appréhender.

Les témoins de la scène assurent qu'à son arrivée au casernement, l'inculpé ne titubait pas : il avait simplement l'air surexcité; mais ne se trouvait pas dans un état d'ivresse manifeste. Lui-même insiste sur ce fait qu'il avait peu bu, mais que la fatigue du voyage aidant, il avait été surpris par la boisson. *Il n'a jamais encouru de punitions pour ivresse.*

Antécédents personnels de l'inculpé. Vie civile et militaire. Les enquêtes de notoriété et les témoignages militaires s'accordent a le représenter comme un *caractère violent et emporté,* extrêmement irritable, ne pouvant tolérer aucune observation; mais il est tenu *pour sobre* par tous ceux qui l'ont approché avant comme après son incorporation. A l'âge de onze ans, il fut atteint de *chorée classique,* qui dura une année; l'affection récidiva au début de la treizième année, puis guérit d'une façon définitive. De 12 à 16 ans, masturbation quotidienne, cette habitude disparaît avec les premiers rapports sexuels : à partir de ce moment l'instinct génital se règle normalement, sans donner lieu à des excès. Au cours de sa treizième année, de simples contrariétés provoquent chez lui des crises de colère violente, dont les mobiles furent, dans un cas, une simple observation du maître d'école; dans le second, un échec à l'examen du certificat d'études. Il était pâle, défait, incohérent, en proie à une agitation violente, secoué par des sanglots convulsifs.

Fils d'un employé de chemin de fer, sobre et honnête, il a quitté sa famille à l'âge de 15 ans, il est mis en apprentissage chez un serrurier et continue à ne pouvoir tolérer la moindre observation.

Au régiment. On le considère comme un caractère très difficile, incapable de se plier à la discipline. Il murmure contre les ordres reçus, invective les caporaux, se bat avec ses camarades, c'est un insubordonné, un violent. Il déclare lui-même que le métier militaire n'est pas son fait; il n'apporte aucun zèle à en remplir les obligations; il est paresseux et malpropre, ses vêtements et ses armes sont mal entretenus.

Psychisme. Les facultés intellectuelles et morales ne sont point troublées : l'instruction acquise témoigne d'un niveau mental moyen : le sujet a obtenu son certificat d'études à l'âge de 15 ans. La sensibilité, l'imagination l'emportent sur le jugement et la volonté. Le sens moral n'est pas dévié. Caractère vaniteux, irascible. Facies intelligent.

Etat somatique. Absence totale de stigmates psychiques de dégénérescence. Constitution vigoureuse, aucune maladie infectieuse dans l'enfance; la puberté, l'adolescence : pas de névrose confirmée en dehors de la chorée. Absence de tares nerveuses chez les ascendents directs et les collatéraux. Aucune lésion organique; aucun trouble fonctionnel.

Hypermétropie binoculaire de 3 dioptries 50.

Conclusions médico-légales. Le nommé S... n'est atteint d'aucune affection physique ou mentale, capable de le faire considérer comme un dégénéré irresponsable.

Par l'ensemble de son développement intellectuel et moral, il se rapproche davantage de l'enfant que de l'homme fait. Il est naturellement

pourvu d'une émotivité exagérée, qu'il n'arrive pas à maîtriser aisément : les accès de colère de sa puberté témoignent de cette irritabilité spéciale de son système nerveux que la chorée a pu exagérer.

En ce qui concerne les faits qui lui sont reprochés, ils paraissent le résultat d'une intoxication alcoolique aiguë, ayant exalté jusqu'au paroxysme la tendance naturelle de l'inculpé aux emportements irraisonnés.

La fatigue générale, l'émotion morale éprouvée au retour, ont contribué autant que le léger excès d'alcool à produire l'accès agressif et excito-moteur.

Il s'agit d'un violent qu'une excitation passagère et inaccoutumée a failli transformer en meurtrier; mais on a nettement l'impression qu'il n'y a eu aucune tentative préméditée.

La responsabilité paraît devoir être considérée comme réellement atténuée si on considère, d'autre part, le jeune âge du prévenu.

Sanction prononcée par le conseil de guerre : Huit ans de travaux publics!!!!

Observation IV. — Alcoolisme aigu : accès agressif et excito-moteur, au retour d'une sortie normale du soir.

Caractère habituellement irritable et vindicatif : scènes de violence antérieures. Sobriété reconnue. Absence de stigmates physiques de dégénérescence. Père alcoolique éthylique suicidé par immersion. A un frère violent et brutal.

B... (Joseph), âgé de 19 ans, plombier.

Engagé volontaire pour quatre ans ans au 1er régiment de génie (aérostiers), 15 mois de service, mis en observation par le corps.

Prévenu de : « Outrages par gestes et menaces envers un supérieur à l'occasion du service. »

Code de justice militaire. Art. 224 : 5 à 10 ans de travaux publics.

Circonstances du délit. Le 10 décembre 1902, B... rentre au quartier, le soir, dans un état d'ivresse manifeste, au moment de l'appel et déclare qu'il veut se suicider.

Le sergent de semaine ayant donné l'ordre de le saisir pour l'enfermer aux locaux disciplinaires, il tente de frapper ses camarades d'abord de son sabre-baïonnette, puis de son couteau. Il échappe à leurs mains, puis se jette sur l'étang de Chalais, à ce moment profondément congelé; on réussit à le saisir et à l'enfermer dans les locaux disciplinaires.

Le *lendemain il n'a aucun souvenir* de la scène de la veille.

Vingt et un jours après, le 5 janvier, il rentre au casernement, un peu avant l'appel du soir paraissant un peu pris de boisson. Le caporal de chambrée lui prescrit de se tenir au pied de son lit, pour l'appel. Il obéit, puis, un instant après, déclare qu'il veut tuer le caporal pour l'empêcher de le signaler comme ivrogne et parce qu'il l'avait consigné quelque temps auparavant. Il se saisit d'une baïonnette et tente de se précipiter sur le caporal, on le désarme; on le conduit à la salle de police : il se débat et essaie de battre les hommes qui l'entraînent.

Interrogé le lendemain, il déclare n'avoir que des souvenirs très confus et prétend qu'il est sujet à des crises de colère nerveuse, en dehors même

de tout excès alcoolique, qui le mettent, malgré lui, dans un état d'agitation extrême. Il affirme qu'il n'en voulait pas au caporal qu'il a essayé de frapper.

Antécédents de l'inculpé. Le père de B. . était un *alcoolique éthylique* notoire: *il s'est noyé volontairement,* après avoir déjà fait plusieurs tentatives du même genre. Un frère aîné âgé de 34 ans, présente également une grande irascibilité, au cours de ses accès de colère; il lui est arrivé de frapper sa mère, ses sœurs.

L'inculpé a toujours joui d'une santé parfaite. Dans ses antécédents on ne trouve aucune maladie infectieuse, aucun traumatisme cérébral, aucun stigmate d'hystérie ou d'épilepsie.

Il n'a pas eu la syphilis, fume sans excès et ne présente pas le moindre signe d'alcoolisme chronique.

Il accuse simplement, de temps à autre, quelques céphalées.

Psychisme. D'intelligence moyenne, de mémoire médiocre; B... fut jadis un écolier peu appliqué et n'obtint son certificat d'études qu'à l'âge de 14 ans.

Au moment de son apprentissage, il a essayé successivement de travailler chez un fabricant de bicyclettes, puis chez un plombier; mais il travaillait irrégulièrement, préférant aller flâner en ville.

Il s'engage à 18 ans, espérant trouver au régiment une vie moins monotone et aventureuse : il aurait voulu choisir l'infanterie coloniale pour voir du pays ; mais sa mère s'y opposa.

Peu de temps après son arrivée au corps, il a été complètement dégoûté du métier militaire. « On y est beaucoup trop tenu, dit-il. »

Dans la vie civile, il n'a jamais pu supporter les remontrances de ses parents, de patrons ; au régiment il ronge son frein. Il s'irrite aisément et entre dans de violentes colères ; il lui est arrivé en pareille occasion de renverser la table ou de briser la vaisselle ; quand il était dans sa famille, sa sœur raconte qu'il avait de véritables accès de rage! Ce sont les observations, les reproches, qui provoquent invariablement sa colère.

A l'hôpital, il se montre respectueux et soumis, paraît très préoccupé du mauvais cas dans lequel il s'est mis, et s occupe très activement de faire verser, à son dossier, par ses parents et connaissances, des attestations diverses de la réalité de ses crises de colère, espérant qu'on y trouvera une atténuation à ses fautes.

Etat somatique. Absence de stigmates physiques ou fonctionnels de dégénérescence.

Ozène peu prononcé par atrophie légère de la muqueuse pituitaire. Hypermétropie bilatérale peu accusée, avec acuité égale à 1/2.

Organes sains, grandes fonctions intactes.

Conclusions médico-légales. B... ne présente aucun symptôme pouvant faire songer à l'épilepsie, à l'alcoolisme chronique, à la dégénérescence accusée.

Les accès de colère sont provoqués chez lui par des contrariétés, des reproches, des punitions ; les excès de boisson, même légers. Ils ne surviennent jamais sans motifs ou pour une raison futile, ils n'ont pas le caractère spontané des impulsions morbides, soudaines, inexpliquées,

irrésistibles. Ils sont le résultat d'un caractère naturellement irritable, vindicatif, en même temps qu'ils traduisent un manque de volonté et d'empire sur lui-même.

En ce qui concerne les deux graves incidents survenus au régiment, il semble évident que les excès alcooliques légers ont exagéré et poussé jusqu'au paroxysme l'irascibilité naturelle du caractère de l'inculpé, lui enlevant pendant une des périodes de ses accès de violence la responsabilité entière d'actes délictueux, dont il n'a même pas conservé le souvenir.

Que ces défauts de caractère, paresse, irascibilité, esprit vindicatif relèvent jusqu'à un certain point de la tare héréditaire paternelle (alcoolisme et suicide), le fait est médicalement probable ; l'éducation et la volonté semblent n'avoir pas réussi à modifier ses mauvais penchants naturels .

Il n'en reste pas moins certain que, dans les actes ordinaires de la vie et en dehors de l'état d'ivresse, B... conserve la pleine responsabilité de ses actes.

La seule atténuation légère qu'on puisse invoquer consiste dans la rapidité et l'intensité inaccoutumées des manifestations toxiques excito-motrices de l'alcool sur un caractère doué d'une émotivité anormale.

Sanction prononcée. Non lieu.

Punition disciplinaire à subir au corps (30 jours de prison).

Observation V. — Alcoolisme-absinthisme aigu : accès agressif et excito-moteur au retour d'une permission de la soirée. Emotivité anormale du caractère : irritabilité extrême : crises de colère et de violences antérieures. Habitudes alcooliques précoces. Fièvre typhoïde à 17 ans. Stigmates variés de dégénérescence et d'alcoolisme. Père alcoolique ; oncle maternel aliéné.

F... (Alfred), 19 ans, sans profession.

Engagé volontaire dans la flotte à 16 ans, réformé pour amblyopie Engagé volontaire au 23e régiment de dragons.

Prévenu de : Voies de fait et outrages envers ses supérieurs, à l'occasion du service.

Code de justice militaire : Art. 223, mort.

Circonstances du délit. Le 25 décembre 1901, F... passe la soirée dans divers débits à boire de l'absinthe et du pippermint. Il rentre au quartier dans les délais normaux, très surexcité, sans être en état complet d'ivresse.

Il commence par brimer les jeunes soldats, de la chambrée, les frappant du poing, du fourreau de son sabre et de la hampe de sa lance, et prétend les obliger à se lever pour lui ôter ses bottes. Amené au corps de garde, et réprimandé par un brigadier, il paraît se rendre à ses justes observations ; mais, de retour dans la chambrée, il frappe à nouveau sur les lits, puis saute à la gorge d'un brigadier.

Entraîné au corps de garde, il invective grossièrement le sous-officier de service, puis arrivé aux locaux disciplinaires, il lance une cruche à la tête des hommes qui l'ont amené. Pendant cette longue scène de violence,

F... conserve assez d'intelligence pour reconnaître les uns et les autres, les gradés en particulier, vis-à-vis desquels il se montre surtout agressif en actes et en paroles.

Le lendemain, F... affirme ne se souvenir d'aucun des faits qui se sont déroulés depuis sa rentrée dans la chambrée. Il manifeste le plus vif regret de ses actes d'indiscipline.

Antécédents familiaux et personnels de l'inculpé : vie civile. F... appartient à une famille de petits commerçants assez aisés. Le *père* a un tempérament nerveux, très irritable, *il se livre assez fréquemment à des excès alcooliques;* la mère bien équilibrée jouit d'une parfaite santé. Un frère du prévenu a un caractère violent emporté; une sœur est bien portante; un *oncle maternel* se serait *suicidé à l'âge de 40 ans, après avoir perdu l'usage de ses facultés mentales.*

F... aurait eu une fièvre typhoïde de moyenne intensité à l'âge de 17 ans. Depuis plusieurs années il commet des abus d'absinthe, habitude contractée en Algérie où il est né. Sous l'influence de l'excitation alcoolique, il prend des colères folles, profère des menaces de mort, ou même se livre à des voies de fait.

A l'âge de 13 ans, son père le fait entrer à l'Ecole des mousses de Cette, où il se montre indiscipliné et se fait renvoyer dans sa famille au bout de deux ans.

Incorporé dans la marine de l'Etat en 1901, il est réformé au bout d'un an pour amblyopie : il avait subi une peine de prison pour rébellion.

Engagé pour quatre ans dans l'armée de terre, il est considéré, dès l'arrivée, comme un soldat des plus fâcheux, brutal, violent à l'excès, incorrigible, insensible aux reproches.

Psychisme. F... a toujours été irritable, violent et querelleur, ses parents l'affirment ainsi que ses voisins. Ses vivacités de caractère l'ont fait expulser du Lycée de Montpellier, après quelques mois : à la moindre observation faite par ses parents il quittait la maison pour aller vagabonder dans la campagne. Son père essaya de s'en débarrasser d'abord en le plaçant à l'Ecole des mousses à Cette, puis en le faisant successivement s'engager dans la marine et les troupes métropolitaines.

Ses voisins affirment que, lorsqu'il est sous l'empire de la boisson, il ne paraît plus jouir de l'intégrité de ses facultés mentales; il se montre incohérent dans ses idées, ses paroles et ses actes.

Partout où il est passé, on le reconnaît doué d'intelligence, de mémoire, mais dépourvu d'application; il possède une bonne instruction primaire et manifeste des sentiments affectifs assez prononcés pour ses parents, sa mère en particulier. Instinct sexuel éveillé de bonne heure, pas d'abus ni de perversion.

Il reconnaît ses torts, les déplore, pleure même en songeant à leurs conséquences, et au déshonneur qui va en rejaillir sur sa famille. Il se montre très préoccupé de la punition qui l'attend; son sommeil, agité, est troublé de cauchemars, il se réveille baigné de sueur.

Etat somatique. Taille moyenne, constitution vigoureuse. Physionomie sans expression : front étroit, fuyant : yeux petits, bridés, sans éclat; secousses spasmodiques des orbiculaires : nystagmus horizontal habi-

tuel; mandibule lafge; lobules adhérents. Intégrité des grandes fonctions et des grands organes. La composition des urines ne se prête à aucune remarque. Amblyopie par astigmatisme hypermétropique.

Hyperesthésie intense, généralisée à tout le corps.

Exagération de tous les réflexes.

Tremblement vibratoire des mains étendues.

Conclusions médico-légales. Fils d'alcoolique nerveux et irritable, neveu d'aliéné suicidé; porteur de stigmates physiques fonctionnels et moraux de dégénérescence. F... a toujours témoigné d'une instabilité anormale du caractère; écolier, matelot ou soldat, il est partout indiscipliné et son état de déséquilibration nerveuse s'aggrave de bonne heure, par un alcoolisme-absinthisme précoce, qui se traduit par de véritables signes d'intoxication du côté du système nerveux, résultat de l'abus précoce des spiritueux.

C'est à ce double point de vue que sa responsabilité paraît réellement atténuée.

Sanction pénale prononcée par le Conseil. Acquittement.

Observation VI. — Alcoolisme aigu commis avec un caporal surveillant de corvée extérieure. Accès agressif et excito-moteur développé chez un alcoolique chronique, de caractère ordinairement taciturne et passif, sous l'influence d'une émotion morale vive. Père alcoolique invétéré. Pas de stigmates personnels de dégénérescence.

G... (Joseph), valet de ferme, terrassier, puis garçon marchand de vins, 22 ans.

Soldat de 2e classe, appelé, du 101e régiment d'infanterie. Quinze mois de service.

Prévenu de : « Voies de fait envers un supérieur pendant le service, destruction ou bris volontaire des effets de casernement ou d'habillement appartenant à l'Etat. »

Code de justice militaire. Art. 223, mort; art. 254, 2 à 5 ans de travaux publics.

Circonstances des délits. G... est commandé de corvée, au cours de l'après-midi, dans les fortifications du fort d'Issy. Ayant reçu de l'argent il invite quelques camarades *et le caporal* surveillant de la corvée, à boire dans une ginguette. On rentre au fort et les libations continuent à la cantine. A ce moment G... reçoit une dépêche lui annonçant la maladie grave de sa sœur : il veut sortir du fort sans permission; le caporal, avec lequel il s'est enivré, s'oppose à cette fantaisie et *le camarade se transforme en chef*, gardien du règlement. G... s'irrite, cherche à s'échapper : le caporal le saisit, et alors G..., en se débattant, envoie un violent coup de poing dans la figure du caporal. On le maîtrise, on l'enferme à la salle de police : il s'endort un instant, puis se réveillant au bruit d'une ronde, se livre à une scène de violence extrême, lacère ses effets, détruit ses souliers, arrache un volet de casemate, avec lequel il s'efforce de briser la porte de la prison. Enfin l'exaltation tombe, il s'endort, épuisé, et le *lendemain dit avoir oublié complètement les scènes de violence de la veille,* à partir du moment où il a reçu la mauvaise nouvelle, au sujet de laquelle il voulait sortir d'une façon illégale.

Antécédents du prévenu dans la vie civile. G... appartient à une famille ouvrière peu aisée. Le père, journalier, âgé de 65 ans, est un *ivrogne invétéré,* actuellement atteint de bronchite chronique; la mère ayant succombé jeune à une affection indéterminée, et la famille n'ayant plus, de ce fait, d'intérieur, G... a été confié à l'âge de 2 ans à un oncle paternel marié, ayant déjà trois enfants à sa charge. A l'âge de 12 ans G... a été placé comme valet de ferme et gagne ainsi sa vie jusqu'à 17 ans. A ce moment il commence à prendre des habitudes d'intempérance, consacrant à la table et à la boisson à peu près tout l'argent de son travail. Il boit régulièrement trois litres de vin par jour sans compter les petits verres et les absinthes. Ses excès de boisson le rendent bruyant et agressif, ce qui contraste avec son caractère ordinairement peu expansif. Néanmoins son casier judiciaire ne comporte aucune condamnation pour ivresse, tapage ou violences. Son intempérance l'amène à changer de maîtres et de profession : il prend un emploi de terrassier sur des chantiers de chemins de fer; puis enfin, six mois avant son entrée au service, se place chez un marchand de vin.

Au régiment, son capitaine le considère pendant la première année comme un sujet médiocre à tous points de vue, intelligence, tenue et discipline : toutefois ses punitions sont peu nombreuses, motivées par des absences illégales, des retards à l'appel, la mauvaise tenue de ses effets militaires et deux scènes d'ivresse en 15 mois de service. Changé de compagnie il avait paru s'amender, son nouveau capitaine témoigne qu'il y faisait bien son service, était devenu obéissant, semblant animé de bonnes intentions, et que rien n'aurait pu le faire supposer capable des actes d'indiscipline qui l'amènent devant le Conseil, sinon son alcoolisme déjà ancien.

Psychisme. G... n'a reçu qu'une éducation des plus sommaires. Son instruction est rudimentaire, cependant il lit et écrit couramment, sait faire une addition et une soustraction de plusieurs chiffres; on l'avait même, au début de son service, jugé apte à suivre le peloton des élèves-caporaux, mais on ne put l'y maintenir.

Astreint, de bonne heure, aux travaux de culture, il n'a pu compléter ses connaissances; mais a toujours réussi à gagner sa vie. Dans la vie ordinaire il n'est ni emporté, ni brutal; c'est plutôt un taciturne, un doux et un passif. Il n'a ni goûts spéciaux, ni aptitudes particulières; il paraît cependant susceptible de sentiments affectifs. C'est ainsi qu'il a vécu maritalement avec une femme, pendant trois années, avant son incorporation. C'est la seule qu'il ait jamais connue et c'est précisément pour aller la voir qu'il a commis quelques courtes absences illégales.

Son existence consacrée en général à des travaux grossiers, se concentre principalement sur la satisfaction de ses besoins physiques, d'ordre banal. Il possède du sens moral : se rend compte de la gravité de sa faute et la déplore.

Etat somatique. G... aurait eu quelques rares convulsions dans sa première enfance, puis une bronchite assez sérieuse à l'âge de 4 ans. Pas d'infections graves, ni de traumatismes crâniens. Aucun stigmate physique de dégénérescence. L'examen des organes et des fonctions est

négatif, sauf en ce qui concerne le système digestif : l'alcoolisme dont le début remonte à près de dix années, a déterminé des pyrosis, des pituites matinales et une légère augmentation de volume du foie. Le système nerveux est demeuré indemne, ni tremblement, ni trouble de sensibilité, ni cauchemars spéciaux.

Conclusion médico-légale. G... possède le niveau mental ordinaire de la classe ouvrière à laquelle il appartient. Il peut être considéré comme responsable de son ivresse, étant donné surtout qu'il a des habitudes alcooliques déjà anciennes et qu'il connaît les actions violentes auxquelles ses excès l'exposent. Néanmoins il paraît équitable de lui tenir compte, à titre de circonstance atténuante, ce ce fait que l'accès alcoolique excito-moteur, qui l'a entraîné aux violences graves dont il est inculpé, s'est produit sous l'influence d'une émotion morale vive : l'annonce de la maladie d'un membre de sa famille et que, d'autre part, l'état d'inconscience dans lequel il se trouvait à ce moment, ne lui permettait pas d'avoir tout le respect qu'on doit à un supérieur militaire, représenté à ce moment par un caporal qui, un instant auparavant, avait accepté de boire aux frais de son inférieur, et en sa compagnie.

Sanction pénale prononcée par le Conseil de guerre : Cinq ans de travaux publics!!!

Observation VII. — Alcoolisme aigu, accès agressif et excito-moteur au retour d'une sortie régulière. Ivresses dominicales antérieures précoces et répétées, constance de la réaction agressive. Caractère habituel irritable : impulsivité dans l'enfance. Stigmates physiques de dégénérescence. Absence de tares héréditaires connues.

C... (Paul), 23 ans, valet de culture.

Appelé du service armé. Soldat de 2e classe au 115e régiment d'infanterie. Seize mois de service.

Prévenu de : « Voies de fait, outrages par paroles, gestes et menaces envers un supérieur pendant le service; de destruction ou bris volontaire d'effets de casernement.

Code de justice militaire. Art. 224, 5 à 10 ans de travaux publics; en cas de circonstances atténuantes, 2 mois à 5 ans de prison.

Circonstances des délits. C... sort en ville, un dimanche soir, à 5 h. 30, ayant reçu un mandat-poste de sa famille. Vers 9 heures, il est rencontré, en état d'ivresse, par un sous-officier, qui l'invite à rentrer au quartier, il l'apostrophe violemment et le menace même de sa baïonnette; cependant, une demi-heure après, il se présente au sergent de la garde de police, à l'entrée du quartier et de but en blanc le tutoie, lui demandant de ne pas le faire punir, puis, sans attendre sa réponse, l'invective grossièrement. Le sous-officier donne l'ordre au caporal de le conduire en prison. C... s'esquive et revient, sa baïonnette nue cachée sous un bras, puis fait le geste de frapper le sergent, on le désarme, il s'échappe, disant: « Je vais revenir avec mon fusil! » Il se rend en effet dans la chambre et saisit un fusil au râtelier d'armes; mais on l'appréhende et on l'enferme, non sans peine, dans une cellule. Au paroxysme de la fureur, il démolit le lit de camp et se sert des planches comme d'un bêlier pour défoncer la

porte. On est contraint de le ligotter. Le lendemain il est calme et prétend ne se souvenir de rien.

Antécédents du prévenu dans la vie civile et au régiment. C... appartient à une honnête famille d'ouvriers agricoles, jouissant de la considération publique. Le père et la mère, gens de bon sens, sobres, travailleurs et économes, ont réussi à élever cinq enfants, qui aujourd'hui, gagnent leur vie dans des professions humbles, mais honorables.

L'enfance de C... ne présente rien d'anormal à considérer. A 12 ans, après sa première communion, il est mis en condition comme berger : il se montre irritable, indiscipliné, il s'amuse à vagabonder, au lieu de garder son troupeau. A 15 ans, il commence à boire avec excès du vin, du café, de l'eau-de-vie, parfois le soir après son travail, mais principalement dans l'après-midi du dimanche et quand il avait de l'argent en poche. Néanmoins il ne boit pas seul, c'est en jouant aux cartes qu'il commet ses excès. Il supporte d'ailleurs fort mal la boisson, son ivresse est bruyante et agressive, il a des raisons avec tout le monde, ses maîtres principalement ; aussi il est renvoyé par une série de cultivateurs. Quand il a bu il ne supporte pas la moindre contrariété ou contradiction ; il est en proie à une colère inimaginable, pendant laquelle il est agressif, brutal, ou parle de se suicider. Le lendemain il ne se souvient pas de ses crises de violence et se montre repentant. Les nombreux patrons qui l'ont employé s'accordent à dire, qu'en dehors de l'ivresse, il se montre tranquille, probe et travailleur ; mais un léger excès alcoolique suffit à ébranler convulsivement son système nerveux. Ces faits sont de notoriété publique.

Au régiment. G... a montré un véritable zèle pendant les trois premiers mois ; mais, à partir de ce moment, il retombe dans son vice habituel et encourt, en treize mois, sept punitions graves pour ivresse et ses suites (au total : 36 jours de salle de police, 25 jours de prison, 15 jours de cellule).

Il ne se grise jamais à la cantine, mais quand il boit en ville, c'est le dimanche, après avoir reçu de l'argent de sa famille, c'est-à-dire dans des conditions banales qui ne rappellent en rien les impulsions alcooliques irrésistibles. Son capitaine, qui a essayé de le moraliser, le considère comme un simple ivrogne ne sachant pas résister à son penchant favori ; en dehors de l'ivresse, il est calme et réfléchi, reconnaît volontiers ses torts et prend de bonnes résolutions.

Psychisme. L'instruction de G... est celle d'un paysan ordinaire. Il lit couramment, écrit aisément, mais en commettant d'assez nombreuses fautes d'ortographe, fait correctement des additions, des multiplications de deux et trois chiffres, il possède un certain nombre de connaissances exactes sur l'histoire de France. Il a de la mémoire, du jugement et un sens moral très droit ; mais il supporte difficilement la contradiction et a un penchant très net pour la boisson, il ne s'agit pas cependant d'obsession ou d'impulsion, il ne boit que par occasion. Il a pu recevoir les éléments d'instruction militaire et n'a jamais été soupçonné par ses instructeurs de débilité mentale.

Etat somatique. De constitution robuste, de tempérament plutôt san-

guin, C... n'a jamais été malade, il n'a subi aucun traumatisme. Il n'offre même aucun des troubles digestifs ou nerveux si communs dans l'alcoolisme chronique. On relève simplement une légère hyperesthénie généralisée des téguments. Par contre, les stigmates physiques de dégénérescences sont assez nombreux ; dissymétrie facile par hémiatrophie droite ; saillie anormale des arcades orbitaires avec dénivellement des sourcils ; ogive palatine ; absence des incissives latérales ; saillie mastoïdienne bilatérale très prononcée.

Conclusion médico-légale. C..., malgré quelques stigmates physiques de dégénérescence, nous apparaît simplement comme un rural à instruction limitée ; il possède des facultés intellectuelles et morales suffisantes pour la bonne exécution de ses devoirs civils et militaires.

Il a des défauts de caractère consistant d'abord dans une irritabilité, une susceptibilité spéciale, qui lui font mal supporter les observations et remontrances, qu'elles viennent de ses parents, de ses patrons ou de ses chefs ; en outre, il offre un penchant marqué pour la boisson, il se laisse entraîner facilement par les occasions. C'est un ivrogne et non pas un alcoolique au sens morbide habituellement attribué à ce qualificatif.

La seule *atténuation légère* à sa responsabilité, résulte de ce fait indéniable que par son tempérament nerveux, l'alcool est un poison violent produisant, à doses relativement faibles, une excitation psychique anormale, hors de proportion avec l'excès commis. Mais mis au courant de cette particularité par l'expérience et sachant, quand il est de sang-froid, en mesurer et en apprécier les inconvénients, ce soldat ne peut invoquer cette raison pour plaider sa complète irresponsabilité.

Sanction prononcée par le Conseil de guerre. Deux ans de prison.

Et maintenant, instruits par ces documents cliniques, nous pouvons essayer de déterminer les raisons capables d'expliquer cette action particulièrement irritante de l'alcool sur le système nerveux, point de départ de la manifestation agressive, excito-motrice, qui aboutit aux délits ou crimes militaires déférés au jugement des Conseils de guerre.

La douleur de l'alcool ingéré, ne paraît pas avoir eu, en l'espèce, d'action exclusivement déterminante : deux fois seulement l'excès d'absinthe est nettement spécifié ; ailleurs il semble que les liquides alcooliques ingérés aient été variés.

Comme il arrive d'ordinaire, vin, bière, eau-de-vie, apéritifs, s'ajoutent à courts intervalles pour réaliser l'intoxication.

L'alcoolisme antérieur, plus ou moins accusé, est mentionné dans cinq observations sur sept, sous la forme de simple penchant à boire, dans deux cas, et de véritables habitudes éthyliques, précoces et déjà anciennes chez trois autres sujets.

Deux fois seulement il s'est agi d'un alcoolisme aigu, accidentel et fortuit chez des jeunes gens de sobriété reconnue.

L'hérédité alcoolique est notée dans trois cas, exclusivement du côté paternel, et sous les rubriques suivantes,

Observation IV. — Père alcoolique éthylique avéré, s'est suicidé par immersion après avoir fait plusieurs tentatives du même genre.

Observation V. — Père alcoolique.

Observation VI. — Père, ivrogne invétéré.

Cette hérédité s'est affirmée deux fois sur trois, par un vice similaire précoce chez les descendants; le troisième sujet, bien que fils d'alcoolique suicidé, avait toujours été d'une sobriété parfaite.

Le rôle prédisposant possible des *infections* peut être soupçonné dans trois cas ,où les sujets ont été atteints de fièvre typhoïde, de forme grave ou moyenne, à l'âge de 17 ou 18 ans (Obs. 1, 2 et 5).

On trouve une fois seulement la mention d'un *traumatisme crânien* relativement récent et important, sous la forme d'un choc temporal droit survenu à l'âge de 18 ans, accompagné de perte de connaissance, et suivi de vertiges prolongés (obs. 1).

Le rôle des névroses semble pouvoir, jusqu'à un certain point, être incriminé dans deux de mes observations: il s'agit, dans un cas, de deux atteintes de chorée survenues à 12 et 13 ans; dans le second cas de crises nerveuses spasmodiques hystériformes (obs. 2 et 3).

L'hérédité vésanique directe n'est mentionnée dans aucune de nos observations: un seul de nos délinquants allègue l'aliénation suivie de suicide, dans la ligne callotirale, chez un oncle maternel. Le père était en outre alcoolique avéré et le fils, alcoolique absinthique précoce, réalisait à n'en pas douter un type très net de dégénérescence moyenne, affirmée par des stigmates physiques et intellectuels (obs. 5).

Jamais le psychisme de nos sujets ne nous a paru nettement *insuffisant,* tout au moins en ce qui concerne le fond intellectuel. Il ne pouvait être question de *débilité mentale,* mais simplement d'un certain degré de dégénérescence par déséquilibrement.

Tous les cas observés se rapportent à des jeunes gens ayant pu acquérir, tout au moins, une bonne instruction primaire, confirmée chez la plupart par l'obtention, dans des conditions normales, du certificat d'études.

Au point de vue *social,* les délinquants appartiennent, cinq fois sur sept, à la bourgeoisie. Ce sont des fils de commerçants, d'employés, de petits fonctionnaires. Deux fois seulement, ils émanent de familles ouvrières rurales peu aisées dans lesquelles l'alcoolisme est trop souvent une habitude hebdomadaire, liée en quelque sorte au jour du repos.

La *profession* antérieurement exercée me fournit aucun renseignement utilisable. Employé de commerce, boulanger, serrurier, plombier, valets de culture, matelot puis soldat, tels sont les métiers antérieurs de nos délinquants. Un seul avait occupé, six mois avant

son entrée au service, un emploi de garçon marchand de vin; mais son alcoolisme très antérieur avait débuté alors qu'il était valet de ferme, sa véritable profession.

Les circonstances militaires dans lesquelles se déclarent les accès aigus d'intoxication sont à peu près toujours les mêmes. C'est en dehors de la caserne, dans les cabarets que se réalise l'ivresse. C'est au retour d'absences légales ou illégales, au moment même de la rentrée au quartier sous l'influence du *choc moral* de la reprise du joug disciplinaire que la réaction agressive se précise. Souvent c'est une simple *observation* ou même la *vue* d'un gradé qui déclanche la crise. Dans certains cas la fatigue physique ajoute son influence dépressive à la toxicité de l'alcool.

Nous sommes ainsi conduits à serrer de plus près l'étiologie et nous voyons qu'une première remarque s'impose.

Dans cinq cas sur sept, il s'agit d'engagés volontaires, âgés de 19 à 20 ans, chez lesquels l'examen psychique décèle un défaut de maturité intellectuelle et morale, une véritable puérilité mentale caractérisée par la prédominance très nette de la mémoire, de l'imagination, de la sensibilité sur le jugement et le raisonnement. Le sens moral ne semble pas dévié mais il y a un défaut marqué d'énergie volitive malgré la notion claire de la morale et du devoir. On constate également de l'instabilité mentale, dont les changements successifs de profession ou de patrons, constituent avec l'engagement volontaire les manifestations les plus fréquentes et les mieux connues.

Un second caractère commun, le plus fréquent de tous, puisque nous le rencontrons six fois sur sept, c'est l'existence ancienne non douteuse, affirmée par les enquêtes, témoignages d'un état spécial émotionnel du caractère, d'une irritabilité anormale et habituelle, se traduisant tout à coup par des réactions d'une violence extrême sous l'influence des moindres contrariétés, de simples observations ou reproches.

Cet état d'émotivité morbide, on le retrouve chez nos sujets dès le jeune âge; il se révèle d'abord dans la famille, se continue à l'école puis au lycée, s'exaspère à la puberté et au cours de l'adolescence, au moment de l'entrée en apprentissage ou au début de la vie professionnelle. Dans certains cas, les habitudes alcooliques précoces viennent ajouter leur action dépressive sur un système nerveux d'une impressionnabilité déjà excessive mais ce n'est là qu'un élément surajouté.

Plus tard, le joug de la discipline militaire est, en général, mal supporté et les fautes disciplinaires préludent aux actes délictueux ou criminels.

Le facteur étiologique le plus puissant des manifestations violentes de l'alcoolisme aigu excito-moteur semble donc bien, en dernière

analyse, pour ne conclure que d'après nos observations et en écartant toute prétention à la généralisation, résider avant tout dans une anomalie psychique, un état de *faiblesse véritable spéciale au système nerveux des sujets*, disposition native que le poison éthylique, quelle que soit sa nature ou sa quantité, vient facilement pousser au paroxysme. Il y a là une sorte d'idiosyncrasie particulière qui ne relève point d'une altération et d'une insuffisance des organes antitoxiques ou éliminateurs: rein, foie, glandes internes pas plus que des infections antérieures; c'est une impressionnabilité fonctionnelle anormale des cellules cérébrales qui s'oppose à toute action inhibitrice volontaire et trouble à ce point les opérations intellectuelles, que le sujet n'a plus sur la série de ses idées, de leurs associations logiques en apparence et de ses actes, aucun contrôle volontaire, en même temps qu'il en perd complètement dans la suite le souvenir; l'amnésie lacunaire totale est nettement et invariablement affirmée par tous les délinquants, sans exception, et nous n'avons aucune raison suffisante pour infirmer une assertion aussi unanime.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'une sorte d'état second provoqué par l'intoxication aiguë du système nerveux, d'une variété d'épilepsie psychique passagère due à l'imprégnation cellulaire par le poison éthyl ou essence.

Si on admet cette interprétation, il est logique que l'expert médical introduise dans ses conclusions l'affirmation de la *responsabilité atténuée* pour tous les faits qui se sont déroulés dans la période aiguë de l'intoxication.

Qu'on laisse à l'inculpé toute la responsabilité de son ivresse, cela est équitable; mais on ne peut apprécier de la même façon tous les faits qui se sont déroulés dans cet état spécial de l'ivresse agressive ou excito-motrice, pendant lequel il survient une véritable altération inconsciente de la personnalité.

D'autre part, si on veut bien admettre que cette forme particulière de l'alcoolisme relève d'un état constitutionnel du sujet, plus que de l'excès commis, il ressort nettement que les pénalités prononcées ne peuvent et ne doivent pas être celles prévues pour les actes similaires accomplis de sang-froid par des sujets normalement équilibrés, ou par de simples ivrognes passionnels et vicieux dont la mentalité a été trouvée normale en dehors des phases d'intoxication volontaire.

Pareille distinction n'a pas été toujours suffisamment et également comprise par les jurys des conseils de guerre et on a pu naguère éprouver une véritable surprise, en constatant qu'en maintes circonstances, malgré les renseignements consciencieux et documentés fournis par les experts médicaux, les pénalités prononcées étaient beaucoup plus conformes à la lettre rigoureuse des articles du Code, qu'à l'esprit de justice éclairé qui devait servir à les interpréter dans des cas de ce genre.

Il suffit de lire, à la fin de nos observations, les décisions prises par le Conseil de guerre, pour se convaincre que notre façon de penser est actuellement partagée dans la majorité des cas par les juges militaires, ne s'inspire pas d'un faux sentiment d'humanitarisme, mais d'une conscience professionnelle avertie et éclairée, par une analyse attentive de tous les éléments de la responsabilité.

Aussi bien est-ce l'honneur de notre état de montrer, ainsi que notre collègue Haury l'a fait ressortir dans divers travaux, tout ce qu'ont de pitoyable les états morbides, parfois dissimulés sous le masque du vice librement consenti.

Nous n'aurions garde toutefois de manquer de faire une remarque qui vient tout naturellement à l'esprit, c'est qu'en l'absence de déficit intellectuel pouvant s'opposer à la juste perception de l'idée du devoir, les sujets, instruits par une première expérience personnelle, des funestes effets de l'alcool sur leur système nerveux impressionnable, sont réellement peu excusables de s'exposer à nouveau aux inconvénients graves d'un accès alcoolique violent ou excito-moteur, dont les phases successives, si regrettables, leur ont été décrites par des témoins, avec une exactitude parfaite, de telle sorte qu'ils n'ont même pas pour excuse tardive valable, l'amnésie lacunaire qui accompagne et suit chaque manifestation violente de leur éthylisme.

Si l'on consulte enfin parallèlement les sanctions prévues par le Code pénal de justice militaire et celles que prononcent réellement les jurés des Conseils de Guerre, on verra que l'idée de responsabilité atténuée, suggérée par la conscience l'expert médical, trouve un écho presque toujours fidèle, sous forme de réduction notable de la nature et de la durée des peines prononcées. Les jurés militaires conservent, en général, toute leur sévérité pour les alcooliques anciens et endurcis ; encore se décident-ils très rarement à leur appliquer les sanctions draconniennes d'une législation faite pour un autre âge et pour une caste professionnelle spéciale, qui n'a rien de commun avec la nation armée actuelle.

La révision du Code de justice militaire est d'ailleurs en voie de s'effectuer, avec cette pensée directrice que, pour le citoyen comme pour le soldat, les responsabilités et les pénalités *du temps de paix paix* ne peuvent manquer d'être comparables, si on veut réaliser l'idéal de justice qui est le rêve élevé de notre civilisation moderne.

DEUXIÈME PARTIE

COMMUNICATIONS

NEUROLOGIE ANATOMIQUE

Note sur la teneur des centres nerveux en calcium dans l'insuffisance thyroïdienne expérimentale

par C. PARHON et G. DUMITRESCO (de Bucarest)

Dans quelques recherches antérieures dont une partie a été communiquée au Congrès de Nantes, nous avons étudié la teneur en calcium du sang et des centres nerveux des animaux thyroposathyroïdectomisés. Nous avons trouvé une diminution assez constante du calcium du sang et moins constante dans les centres nerveux. Nous avons discuté alors les rapports que cette diminution pouvait avoir avec les phénomènes d'insuffisance parathyroïdienne.

Nous apporterons aujourd'hui quelques recherches sur la teneur en calcium du sang et des centres nerveux dans l'insuffisance thyroïdienne expérimentale.

La question présente de l'intérêt car ainsi qu'il résulte des recherches de Morayenski, Schiff, Haushalter et Guerni, de celles de l'un de nous avec Papiniani, ainsi que de celle plus récentes de Silvestri et Posalti et de Nisdipesco, le corps thyroïde a un rôle important dans le métabolisme du calcium.

D'autre part Léopold Lévi et Henri de Rothschild ont supposé que l'apathie des myxœdémateux pouvait bien tenir à une grande concentration des ions calciques dans les centres nerveux.

Dans notre communication au Congrès de Nantes, nous avons apporté une expérience qui semblait apporter un appui à cette manière de voir.

En effet, chez un jeune lapin éthyroïdé depuis 24 jours, le sang contenait 0,0037 CaO % et les centres nerveux 0.0350 %, tandis que chez le témoin, on trouve respectivement les chiffres de 0.0028 CaO % et de 0.0311 CaO %.

Nous apportons maintenant le résultat de quelques nouvelles analyses.

Chez un lapin éthyroïde depuis 18 jours, le sang contient 0.00985 CaO % et le cerveau 0.0554 CaO % de substance séchée.

Chez le témoin, on trouve 0.0120 CaO % pour le sang et 0,0686 pour le cerveau.

Chez un autre lapin éthyroïdé depuis quelques semaines, le cerveau contenait 0.0652 CaO % de substance séchée.

Nous avons dosé également le calcium des centres nerveux chez deux grands chiens ayant subi l'ablation de l'appareil thyroparathyroïdien. Chez le second de ces deux animaux, les deux lobes thyroïdiens triturés dans l'eau physiologique ont été injectés dans l- péritoine. L'animal ne présenta pas des phénomènes convulsifs mais succomba six mois plus tard, après avoir présenté un épaississement du museau et des pattes, une grande apathie ainsi que la chute des poils, phénomène rappelant le myxœdème. Le sang de ce dernier n'a pas été dosé. Le premier animal opéré le 14 avril fut sacrifié le 26 août. Il n'avait pas présenté lui non plus des phénomènes convulsifs. Il présentait en revanche comme l'autre de l'apathie.

Voici les chiffres trouvés chez cet animal :

Sang, 0.0088 CaO %; cerveau, 0.0691 de substance séchée; moëlle, 0.0222 CaO % de substance séchée; cervelet, 0.0899 CaO % de substance séchée; bulbe, protubérance, pédoncules, 0,0225 CaO pour cent.

Chez le second on trouve :

Cerveau, 0.1354 CaO % de substance séchée; cervelet, 0.657 CaO % de substance séchée; moëlle, 0.0365 CaO % de substance séchée; bulbe, 0.0304 CaO % de substance séchée.

Nous reproduisons ici les chiffres trouvés dans nos recherches antérieures chez deux chiens normaux dont le premier est de grande taille, le second de taille moyenne.

Premier témoin. — Sang, 0.007504 CaO %; cerveau, 0.0975 CaO % de substance séchée; bulbe, ets., 0.1612 CaO % de substance séchée; cervelet, 0.4275 CaO % de substance séchée.

Second témoin. — Sang, 0.0088 CaO % gr.; cerveau, 0.0353 CaO % de substance séchée; bulbe, etc., 0. 0473 de substance séchée; cervelet, 0.0702 CaO % de substance séchée; moëlle, 0.0184 CaO % de substance séchée.

Les résultats de nos analyses ne nous montrent pas des écarts importants et constants en plus ou en moins, en ce qui concerne la teneur en calcium du sang et des centres nerveux chez les animaux en état d'insuffisance thyroïdienne.

Il est vrai que le nombre de nos recherches n'est pas très grand et qu'il serait intéressant de les multiplier avant de tirer des conclusions déflnitives.

Il serait également intéressant de chercher la teneur en calcium du sang et du cerveau dans le myxœdème humain et de comparer les chiffres avec ceux qu'on trouve à l'état normal.

Nous remarquerons en terminant que nos recherches ne nous renseignent que sur la quantité de calcium contenue dans les centres nerveux sans nous faire connaître sous quelle forme il se trouve

dans les cellules nerveuses (ions libres, sels, combinaisons organiques, etc.) ni sur son partage possible entre les cellules nerveuses et névrogliques.

A ce point de vue elles ne peuvent ni confirmer ni infirmer les idées de Lévi et Rothschild sur le rapport entre l'apathie des myxœdèmateux et la concentration des ions calciques dans les centres nerveux.

Volumineux gliome de la base chez un enfant de 11 ans. Intégrité de la III[e] paire. Difficulté du diagnostic de localisation

par A. Halipré (de Rouen)

Le diagnostic du siège des tumeurs cérébrales est souvent entouré de difficultés insurmontables : tantôt les symptômes sont insuffisants pour permettre une localisation, tantôt aussi un ensemble clinique, précis en apparence, conduit à une erreur d'interprétation. Le cas que nous présentons appartient à cette seconde catégorie de faits ; il montre que dans certaines conditions spéciales une tumeur volumineuse de la base peut présenter les allures cliniques d'une tumeur de la convexité.

Au mois de juillet 1909, entrait dans le *service de médecine infantile de l'hospice général* de Rouen, un enfant de onze ans, complètement aveugle, présentant en outre, une hémiplégie droite incomplète avec contracture légère.

L'enfant intelligent répondait nettement aux questions posées. Les renseignements qu'il nous donna sur son passé, joints à ceux qui nous furent fournis par la famille, permirent de reconstituer la marche des accidents.

C'est à l'âge de 7 ans (avril 1905) que s'ouvre la scène. A l'improviste, dans le courant de l'après-midi, l'enfant est atteint d'une crise convulsive avec un état vertigineux et perte de connaissance. Le bras droit atteint de secousses est agité, nous dit-on, d'un mouvement de moulinet. Les yeux son convulsés, hagards, la face est grimaçante. La crise dure quinze minutes. Elle est suivie d'une période de somnolence, puis l'enfant reprend ses sens. Il répond aux questions, se souvient de sa crise, se plaint de douleurs dans les membres, de mal de tête. Telle fut la première crise.

Elle ne resta pas isolée et dès le premier jour les crises se renouvelèrent quaure ou cinq fois. Il en fut de même les jours suivants, et cela jusqu'au mois de janvier 1906.

Le bromure ne donna pas d'amélioration durable. Toutefois, lorsqu'on cessa son emploi en janvier les crises augmentèrent de nombre et d'intensité. Elles eurent toujours le même caractère. Dès cette époque, l'entourage s'aperçut que la face était déviée à droite au moment des crises.

L'année 1906 n'est marquée par aucun phénomène nouveau. Le bromure

est donné par intermittences et semble chaque fois ramener une accalmie relative.

En mai 1907, les crises cessent. L'enfant peut sortir seul en ville. Il mange, boit et dort bien. Il ne conserve comme signe apparent des crises passées qu'une légère déviation de la bouche.

Au mois d'août 1907, un nouvel épisode survient. A la suite d'une crise, on constata un peu d'affaiblissement de la vue. A dater de ce jour, l'acuité visuelle diminuera rapidement. Au mois de novembre, l'enfant pouvait encore se conduire seul. Il allait en classe, mais ne pouvait plus lire.

De janvier à décembre 1908, la situation resta stationnaire. Au mois de décembre, l'enfant dut interrompre toute sortie sans être accompagné. Il n'avait pas de crises, mais éprouvait de violentes migraines. La jambe droite était plus faible et traînait en marchant.

C'est dans cet état que l'enfant nous fut amené au milieu de l'année 1909.

EXAMEN. — *Hémiplégie droite.* — Le côté droit est atteint d'hémiplégie légère avec contracture. La face est asymétrique. Les muscles dépendant du facial buccal droit sont affaisés. Rien à signaler dans la zone du facial oculaire. Légère contraction en flexion du membre supérieur droit. Exagération des réflexes. Légère atrophie musculaire. Pas de troubles notables de la sensibilité. Le membre inférieur droit présente également une légère contracture. Les réflexes sont exagérés. Pas de clonus. Sensibilité normale. Pas d'atrophie.

L'enfant marche en traînant la jambe et fauchant.

Parole claire aucun trouble dysarthrique ; pas de déviation de la langue ; pas d'atrophie. En résumé, aucun trouble labio-glosso-laryngé.

Etat psychique. — Intelligence conservée.

Appareil oculaire. — Le Dr Paul Petit (de Rouen), pratiqua l'examen ophtalmoscopique et nous remit la note suivante :

« Pupille moyennement dilatée des deux côtés. Pas de réflexes pupillaires. *Œil droit :* papille blanc nacré ; les bords sont sensiblement nets ; artères presque entièrement disparues ; veines grosses, serpentines par places : en certains endroits les veines sont voilées légèrement. Acuité visuelle : perception vague de la lumière . *Œil gauche :* aspect sensiblement le même ; V = O.

» En résumé, il existe une atrophie complète des nerfs optiques ayant succédé à de la papillite d'origine cérébrale. »

Plusieurs radiographies de la tête ne donnèrent aucun résultat.

L'enfant quitte l'hôpital, puis revient en novembre à la suite d'une nouvelle crise convulsive accompagnée de vomissements, d'incontinence d'urine et de perte de connaissance. L'enfant nous est amené dans le coma. Il reprend connaissance dans le courant de la nuit.

Pendant les jours suivants, les périodes de somnolence alternent avec l'agitation. Il ne parle pas, ne prend aucune nourriture, s'amaigrit rapidement. Pas de vomissements. Le plus souvent, la tête est tournée à gauche. Il n'y a pas de contracture. Aux mois de janvier et février se produisent quelques crises convulsives avec contracture du côté droit et parésie

de plus en plus accusée du côté droit de la face. L'incontinence d'urine s'est établie définitivement. L'émaciation est complète. L'enfant succombe le 15 février 1910, sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

Résumé de l'histoire clinique. — L'évolution clinique de la maladie porte sur 5 années; elle peut se diviser en trois périodes.

Première période (août 1905-août 1907) caractérisée par l'apparition de crises convulsives, avec hémiparésie droite et contracture. Les crises sont influencées par le bromure mais ne disparaissent pas. L'acuité visuelle ne semble pas avoir été intéressée pendant cette première période.

Deuxième période (août 1907-janvier 1909). Aux symptômes précédents s'ajoute une diminution progressive et très rapide de l'acuité visuelle qui aboutit en quelques mois à la perte de la vision nette des objets. Toutefois pendant l'année 1908, l'enfant peut encore se conduire seul dans la rue.

Troisième période (janvier 1909-février 1910). L'enfant est complètement aveugle. Les crises sont plus rares. L'hémiplégie droite cérébrale est caractérisée. Elle s'accompagne de très légères atrophies et de contractures. L'examen ophtalmoscopique (pratiqué par le Dr Petit, de Rouen) montre une atrophie complète des nerfs optiques. La troisième paire est indemne.

Discussion du diagnostic. — En présence de ces faits, le diagnostic de tumeur cérébrale s'imposait. Restaient à préciser deux questions: 1. le *siège de la tumeur;* 2. la *nature de la tumeur,* questions d'importance capitale puisque la solution de ces questions devait faire accepter ou écarter l'idée d'une intervention chirurgicale.

I. Le *diagnostic de localisation* reposait sur quatre signes: trois signes positifs et un signe négatif.

Les trois signes positifs étaient: l'*amaurose,* les *crises jacksoniennes,* l'*hémiplégie;* le signe négatif consistait dans *l'absence de paralysie de la troisième paire.*

Prenons chacun de ces signes en particulier et voyons quel appoint il peut fournir au diagnostic de localisation.

1° L'*amaurose* n'a aucune valeur au point de vue de diagnostic de localisation. Nous savons qu'une tumeur cérébrale, quel qu'en soit le siège, peut la produire.

2° Les *crises jacksonniennes* orientent en général le diagnostic de la localisation vers la convexité des hémisphères (zone épileptiforme). Toutefois ce n'est là qu'un élément de présomption car l'on connaît des tumeurs de la base qui ont provoqué des crises jacksonniennes.

3° L'*hémiplégie de type cérébral,* sans participation du facial oculaire avec contracture, sans troubles de sensibilité répond bien à ce que nous avons coutume d'observer dans les lésions de l'écorce ou

de la zone sous-corticale. La légère atrophie musculaire qui existait pouvait être mise sur le compte de l'impotence fonctionnelle.

4° *L'intégrité de la troisième paire* plaidait également en faveur d'une lésion de la convexité. Il semblait difficile qu'une tumeur de la base déterminant une hémiplégie, intéressant par conséquent la région pédonculo-protubérantielle, put respecter en particulier la troisième paire.

Le diagnostic de *tumeur de la convexité* fut donc posé :

II. La *nature de la tumeur* resta indéterminée ; la syphilis n'ayant pas paru probable et les épreuves radiographiques ne décelant aucune hyperostose.

Conclusions : dans ces conditions, nous aurions proposé l'intervention chirurgicale si le mauvais état général du sujet, la perte irrémédiable de la vision (examen ophtalmoscopique du Dr Petit), la contracture hémiplégique, n'avaient permis d'escompter comme bénéfice aléatoire de l'opération que la disparition des crises jacksonnienes.

C'est pour les mêmes raisons qu'une ponction lombaire ne fut pas pratiquée, les risques qu'elle comporte ne paraissant pas compensés par les avantages qu'on en pouvait vraisemblablement retirer.

La mort survint au mois de février 1910, soit quatre ans et demi après le début des accidents.

Autopsie. — L'ouverture de la dure-mère donne issue à une grande quantité de liquide céphalo-rachidien très limpide. Les veines de la convexité sont distendues. Il n'y a aucune tumeur, aucun épaississement des os du crâne ou de la dure-mère au niveau de la convexité.

A la base, on trouve, comme le montrent les photographies stéréoscopiques et les dessins schématiques, une tumeur bosselée formée de trois lobes séparés par des sillons superficiels. Cette tumeur de couleur gris-rosé, de consistance molle ,s'éetnd de la scissure interhémiphérique en avant jusqu'à la partie antérieure gauche de la protubérance en arrière. La tumeur recouvre toute l'excavation centrale ; se prolonge à gauche sur la partie postérieure du lobule orbitaire et sur le pôle temporo-sphénoïdal. Dans sa partie la plus externe elle recouvre les circonvolutions d'une sorte de voile de consistance et d'aspect gélatineux.

La tumeur, nous l'avons vu, est composée de trois lobes. Le lobe antérieur, le plus volumineux, de la grosseur d'un marron d'Inde, porte sur ses parties latérales le bulbe et le pédoncule olfuctifs étalés, formant une sorte de raquette avec une bordure blanche périphérique et une bandelette grise centrale.

Dans le sillon séparant le lobe antérieur du lobe moyen, on voit

émerger à droite le nerf optique complètement gris; à gauche, le nerf se confond avec la tumeur qui envoie même un prolongement dans le trou optique. Le lobe moyen déprime fortement la tente de la glande pituitaire, y adhère légèrement mais n'en franchit pas les limites. La glande pituitaire est aplatie, non envahie par la tumeur. Le troisième lobe de la tumeur du volume d'une noix repose sur la partie gauche de la protubérance, adhérant légèrement à la pie-mère dont on peut facilement la détacher. De la partie centrale de ce lobe émerge le nerf moteur oculaire commun gauche. Ce nerf, légèrement aplati présente exactement la même couleur blanche que la troisième paire droite qui est indépendante de la tumeur, comme le montrennt les photographies. Les IVe, V^e, VIe et VIIe paires droites et gauches ne sont pas intéressées.

Profondément, la tumeur s'insinue dans l'excavation centrale et pénètre dans la partie inférieure des deux hémisphères envahissant inégalement les noyaux gris centraux et constituant une sorte de pont d'union entre les deux hémisphères.

Dans l'*hémisphère droit* l'expansion de de la tumeur est limitée à la partie la plus antérieure de la couche optique et du noyau caudé. Elle ne franchit pas les limites du ventricule.

Dans l'*hémisphère gauche*, la coupe de Brissaud montre que les noyaux gris sont complètement envahis ainsi que la capsule interne dans ses deux segments antérieur et postérieur. Toutefois la paroi du ventricule latéral est respecté.

Examen histologique. Dissociation et coupes ont montré qu'il s'agissait d'un myxo-gliome. En certains points les prolongements de cellules névrogliques forment un véritable feutrage qui rappelle l'aspect des ganglions lymphatiques après pinceautage.

En d'autres points, on trouve des ilots de substance hyaline, présentant de vagues traînées fibrillaires. Un grand nombre de cellules sont du type des cellules araignées. Mais on rencontre également de petites cellules globuleuses et de grandes cellules à noyaux multiples. Enfin, on trouve certaines cellules fortement pigmentée (corps granuleux). Les vaisseaux sont nombreux, à parois embryonnaires; quelques uns présentent une mince membrane hyaline supportant l'endothelium.

Résumé de l'autopsie. — Tumeur molle (myxogliome), de la base englobant les nerfs optiques qui sont complètement dégénérés et la troisième paire droite, qui *bien que traversant complètement la tumeur, est* indemne. La tumeur pénètre dans la base des hémisphères, elle envahit les noyaux centraux et en particulier la capsule interne du côté gauche ce qui explique l'hémiplégie.

***

Il nous paraît inutile d'insister plus longuement sur cette observation. La discussion du diagnostic clinique nous avait montré que toutes les probabilités étaient en faveur d'une lésion de la convexité. Nos prévisions ont été démenties. La nature particulière de la tumeur, sa consistance, expliquent ce fait en apparence paradoxal: l'existence d'une *tumeur volumineuse de la base occupant la plus grande partie de l'excavation, englobant la troisième paire sans porter atteinte à l'intégrité de ses fonctions.*

L'intérêt clinique de ce cas peut donc se résumer ainsi :

I. L'épilepsie jacksonnienne, comme on l'a déjà constaté, constitue un signe de probabilité et non de certitude en faveur d'une tumeur de la convexité.

II. L'intégrité de la troisième paire est compatible avec l'existence d'une volumineuse tumeur de la base, s'il s'agit d'une tumeur de consistance molle du genre des gliomes.

III. Les faits de ce genre expliquent le résultat négatif de certaines opérations, faites sous le couvert d'un diagnostic clinique donnant en apparence toute garantie.

Nouvelle contribution à l'étude de la myéloarchitecture de l'écorce cérébrale

par M. et Mme O. Vogt (de Berlin).

Je me propose de compléter aujourd'hui ce que j'ai dit l'année dernière, à Paris, sur la myéloarchitecture de l'écorce cérébrale (1).

Ce que je disais alors en traitant uniquement le lobe frontal, s'applique également à tout le reste de l'hémisphère. De même que dans le lobe frontal, on peut distinguer dans tout l'hémisphère un nombre inattendûment grand de champs myéloarchitecturaux, champs qui sont bien différenciés les uns des autres, qui présentent des limites nettes et qui ne suivent pas d'une façon absolue la disposition des circonvolutions. J'attire spécialement votre attention sur ce dernier point. Il vous suffira de jeter un regard sur les figures 4 et 5 pour vous rendre compte que la disposition des champs ne suit pas toujours celle des circonvolutions. Les gros points traversés par un trait, donnent la limite entre l'*isocortex* et l'*allocortex* (voir plus loin), c'est-à-dire entre deux séries de champs d'une

---

(1) Voir *Revue Neurologique*, 1910, n° 7.

architecture profondément différente. Or, nous ne voyons presque nulle part dans ces figures la limite entre ces deux groupes de champs coïncider avec un sillon. Nous trouvons un exemple analogue dans la première circonvolution temporale transverse (*Ttr 1*; fig. 1), cette circonvolution, dont on a pourtant voulu faire un centre de fonction spéciale et unique et de structure spéciale et uniforme.

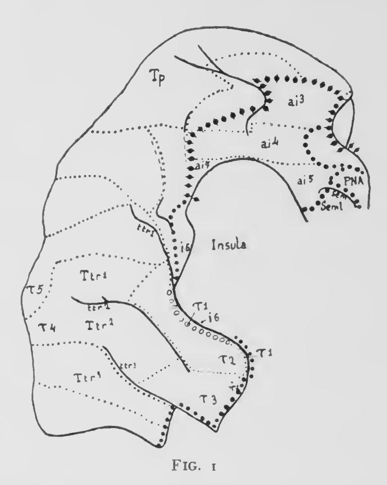


FIG. 1

Face supérieure de la première circonvolution temporale, reconstruite à l'aide d'une serie frontale.

PNA = Partie superficielle de l'amygdale, *Seml* = Circonvolution semi-lunaire de Retzius, *sem* = sillon semi-lunaire de Retzius, *Tp* = Pôle temporal, Ttr ^{1}—^{3} = première, deuxième, troisième circonvolution temporale transverse. ttr^{1}—ttr^{3} = 1er—3e sillon temporal transverse.

Nous voyons que cinq champs différents (τ^1, τ^2, τ^3, τ^4 et τ^5) prennent part à sa formation et que de ces cinq champs un seul, τ^2, lui appartient en entier, les quatre autres se continuant encore sur d'autres circonvolutions. Ainsi donc, en étudiant la myéloarchitecture comme en étudiant la cytoarchitecture (Brodmann (1) et Ma-

(1) Le champ τ^1 correspond à la région caudale du champ **52** de BRODMANN, τ^2, τ^3, τ^4 et τ^5 à son champ **41**. L'étendue et la topographie des champs τ^1 — τ^5 est très variable.

rinesco et Godstein), les fibres de projection (2) et même la myélogénie (3) — à condition qu'on la fasse objectivement, — nous ne trouvons pas le moindre fait qui puisse justifier la tentative de Flechsig quand il veut donner à la première circonvolution temporale transverse une fonction tout à fait à part et en faire le centre unique de l'audition.

Maintenant que j'ai étendu mes études myéloarchitecturales à tout l'hémisphère, je puis aborder une question qui a été l'objet de beaucoup de controverses ces dernières années. Depuis l'époque de Meynert, on a souvent pensé que l'écorce, prise dans toute son épaisseur, servait exclusivement sur une grande étendue, soit aux

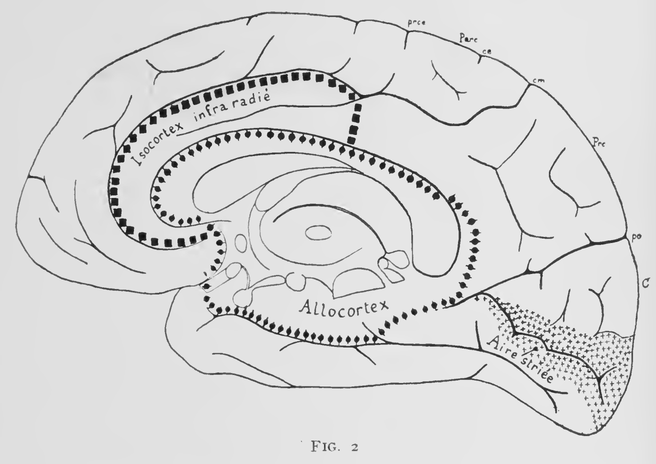


FIG. 2

Face médiane de l'hémisphère, montrant l'étendue de l'allocortex, de l'isocortex infra-radié et de l'aire striée.

sensations *(centres sensoriels)*, soit à la mémoire *(centres mnestiques)*. Est-ce que la myéloarchitecture nous apporte des faits qui appuient cette manière de voir ?... On trouve bien un dualisme de

(2) La radiation du corps genouillé interne ne se termine pas seulement dans Ttr^1 et une destruction complète de Ttr^1 ne produit pas dans le faisceau de Türck de dégénérescence visible à la coloration de Weigert.

(3) Ttr^1 ne se myélinise pas d'un seul coup sur toute son étendue et n'est pas non plus myélinisé en totalité avant toutes les autres parties de T^1.

structure assez net si l'on oppose tous les champs supraradiés (1) (*allocortex*) au reste des champs (*isocortex*).

L'*allocortex* comprend :

1° Le bulbe, le pédoncule (= tractus) et le trigone (= tuber) olfactifs ; le trigone olfactif est composé lui-même de trois champs différents (fig. 4) : *Tr*, *Rl* (= région de la racine latérale), *Rm* (= région de la racine médiale) ;

2° La partie postérieure de la circonvolution olfactive médiale (aire *14* de ma première publication) ; l'aire *13* forme comme une transition entre les champs supraradiés et les champs eustriés. On peut à volonté la compter parmi ceux-ci ou ceux-là.

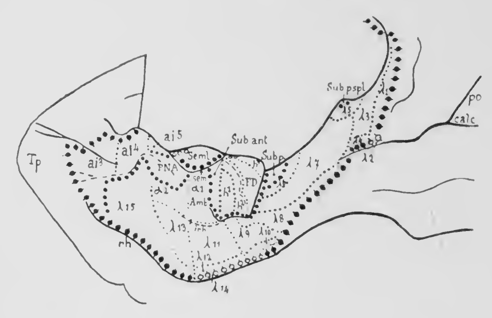


Fig. 3

La deuxième circonvolution limbique et son entourage reconstruite d'après une série frontale.

Amb = circonvolution ambiante de Retzius ; *calc* = fissure calcarine ; *irh* = sillon rhinal inférieur ; *po* = fissure pariéto-occipitale ; *rh* = sillon rhinal (= partie antérieure de la fissure collatérale).

Voir l'explication des autres abréviations sous fig. 1 et dans le texte.

3° A peu près la circonvolution olfactive latérale, composée de sept champs différents qui possèdent tous un avant-mur (ai^1 — ai^7 dans les figures). Le champ *66* dans ma première communication forme une sorte de transition entre l'allocortex et l'isocortex avoisinant ;

4° La circonvolution sous-calleuse et le septum lucidum ;

———————

(1) Les champs supraradiés n'ont pas seulement leur supraradiation comme caractère commun, mais ils possèdent tous une lame tangentielle exceptionnellement riche en fibres et presque toujours leur stratification s'éloigne beaucoup de celle du schéma fondamental.

5° La substance perforée antérieure qui comprend au moins trois champs : Tb = tubercule olfactif, Pf et Ad = Aire diagonale de Retzius (fig. 4).

6° La *partie hippocampique.* Elle comprend non seulement la corne d'Ammon et le fascia dentata, mais encore — contrairement à l'opinion de Retzius et d'E. Smith et en concordance avec le schéma cytoarchitectural de Brodmann — *toute* la circonvolution du crochet. La partie de cette circonvolution qui est située en avant de la bandelette de Giacomini (*FD* dans la fig. 3) est composée d'arrière en avant : d'une partie de la « région godronnée » de la corne d'Ammon (h^2), d'une partie de la « région hippocampique » de la corne d'Ammon (h^1) et d'un subiculum modifié (*Sub. ant.*). Dans la corne d'Ammon elle-même le subiculum (*Sub. post.*) subit dans le voisinage du bourrelet du corps calleux une nouvelle modification

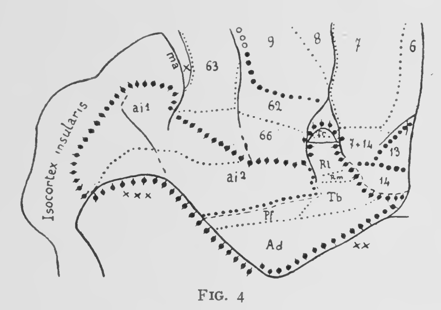


FIG. 4

La substance perforée et son entourage après ablation du lobe temporal (XXX), du chiasma (XX) et de la partie du lobe frontal qui est formée par les champs *64* et *65* (X). Reconstruction d'après une série frontale.

(*Sub. pspl.*). Si, enfin, on veut considérer comme un champ spécial la partie qui forme la transition entre la corne d'Ammon et le fascia dentata (*feuille terminale* de la corne d'Ammon) on en arrive à diviser la partie hippocampique en sept champs : *Sub. ant., Sub. p., Sub. pspl.,* h^1, h^2, h^3 et *FD.*

7° L'indusium du corps calleux ;

8° La circonvolution semi-lunaire de Retzius (*Seml*) ;

9° La circonvolution ambiante de Retzius (*Amb*) qui comprend trois champs : α^1, α^2 et *PNA* (= surface de l'amygdale) ;

10° Presque toute la deuxième circonvolution limbique (dix champs, λ^6 à λ^{15}) et la partie antérieure de la région rétrospléniale de la première circonvolution limbique (5 champs, λ^1 à λ^5).

Cet *allocortex* n'est certainement pas exclusivement en rapport avec le sens de l'odorat, car on en retrouve certaines parties bien développées chez un animal anosmatique comme le dauphin. Mais d'autres sens, surtout la vue et l'ouïe n'ont certainement rien à faire avec cette région corticale. On ne peut donc pas voir dans l'allocortex, la partie sensitive ou la partie mnestique de l'écorce.

On pourrait trouver un autre dualisme en opposant la *partie insulaire* au reste du cortex, c'est-à-dire en opposant la région corticale qui possède un avant-mur à celle qui en est dépourvue. La *partie insulaire* comprend à peu près la circonvolution olfactive latérale (*allocortex insulaire, ai*[1] à *ai*[7]) et presque toute la vraie insula (c'est-à-dire la partie de l'insula située au-dessus de l' « angle de la circonvolution olfactive latérale » de Retzius ou « limen insulæ » [seuil de l'insula] de Schwalbe), qui est composée de six champs

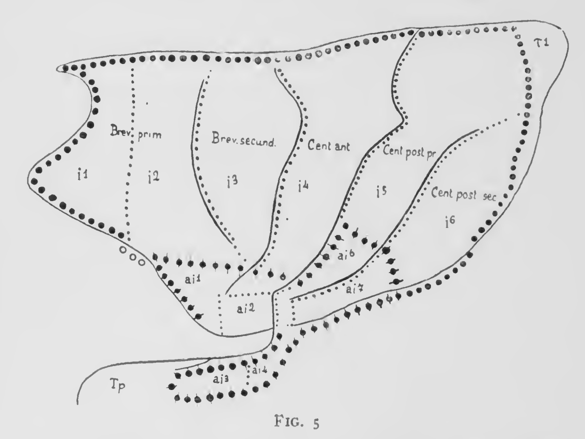


FIG. 5

Insula. *Brev. prim.* = Gyrus brevis primus de RETZIUS; *Brev. secund.* — Gyr. brev. secund. de RETZIUS; *Cent. ant.* = gyrus centralis ant. de RETZIUS; *Cent. post. pr.* = Gyr. centralis posterior primus de RETZIUS; *Cent. post. sec.* = Gyrus centralis posterior secundus.

i[1] à *i*[6] et forme l'isocortex insulaire. Si nous faisons abstraction de la présence d'un avant-mur, ces champs ont l'architecture des champs avoisinants de la partie interne de l'opercule qu'ils touchent au niveau du fond de la partie dorsale du sillon marginal antérieur et du sillon marginal supérieur. Seulement, les champs de l'insula sont toujours moins riches en fibres que les champs correspondants de

l'opercule. Ainsi i^1 présente l'architecture du champ *57*, i^2 celle du champ *56*, i^3 celle du champ *41*, i^4 celle du champ qui est situé dans l'opercule derrière *41*, et $i^5 + i^6$ celle du champ pariétal suivant, avec cette différence que i^6 est encore plus pauvre en fibres que i^5. En arrière de i^5 et de i^6, une partie du champ τ^1 prend encore part à la formation de l'insula. Nous avons vu plus haut qu'une autre partie de ce champ contribue avec d'autres champs à constituer la première circonvolution temporale transverse (*Ttr*[1]). τ^1 a la même architecture générale que le reste de *Ttr*[1], seulement il est plus pauvre en fibres. Il n'a pas d'avant-mur et n'appartient donc pas à l'isocortex insulaire.

J'ai donné ces détails myéloarchitecturaux, parce qu'ils sont d'un certain intérêt général. Nous avons ici une partie de l'allocortex et une partie de l'isocortex, unis par un caractère commun: présence d'un avant-mur. De plus, la vraie insula n'est pas seulement constituée par des champs bien différents les uns des autres, mais le type d'après lesquels ces champs sont construits est justement le type de champs qui représentent chacun pour soi une région corticale importante. Nous avons ainsi en i^1 un représentant de *F3*, en i^2 de *F2*, en i^3 de *Fa*, en i^4 de *Pa*, en i^5 et i^6 de l'opercule pariétal. Et nous voyons encore, touchant à i^5 et i^6 une continuation dépourvue d'avant-mur (τ^1) de *Fi*. Ainsi l'insula *Pa* est comme un champ de rassemblement de certains types myléoarchitecturaux, dont chacun caractérise une partie assez importante du cerveau et on serait facilement induit à voir dans ce rassemblement l'union d'un certain nombre de champs mnestiques. Mais le seul fait du peu d'étendue de l'isocortex insulaire en comparaison avec le reste de l'isocortex suffit à faire tomber cette hypothèse.

On pourrait aussi songer à opposer la *région infra-radiée* (voir fig. 2) au reste euradié de l'isocortex. Nous nous heurtons ici au même écueil que précédemment: petitesse de la *région infra-radiée* par rapport à la *région euradiée*. Il en serait de même si nous voulions opposer l'*aire striée* (voir fig. 2) au reste de l'isocortex. L'aire striée est encore plus petite et nous savons de plus qu'elle est en rapport avec le seul sens de la vision.

Reste la différence entre le nombre et la grosseur des fibres dans les couches profondes de l'écorce, différence qui correspond à la différenciation myélogénétique, comme nous l'avons montré, il y a dix ans, M[me] Vogt et moi.

Mais ces deux différences concordantes n'offrent pas de dualisme précis, car nous trouvons toutes les transitions entre les deux extrêmes. De plus, et c'est là le point important, ces deux différences ne coïncident avec *aucun* caractère spécial dans l'architecture. Par exemple, le champ *17* a autrement d'une façon très prononcée les mêmes caractères que le champ *15*, mais ses fibres radiées et les

fibres horizontales de ses couches internes sont plus nombreuses et plus épaisses. La région du lobe occipital qui représente le champ *19* de Brodmann forme aussi une région uniforme si l'on considère certains de ses caractères myéloarchitecturaux; elle est, par exemple, subunitostriée sur toute son étendue, mais elle présente des différences considérables au point de vue du nombre et de la grosseur des fibres dans ses diverses parties.

Ainsi toutes mes études n'apportent aucune preuve à l'appui de ce dualisme prétendu, même si l'on ne parle plus d'un dualisme absolu et si l'on admet l'existence de quelques régions intermédiaires.

Ceci dit, je finirai par quelques considérations sur la myéloarchitecture au point de vue de l'anatomie comparée.

En descendant dans la série des mammifères on retrouve un certain nombre des champs que j'ai distingués chez l'homme. Ainsi le champ qui occupe la lèvre postérieure du sillon central, présente tout à fait la même structure chez l'homme et chez le cercopithèque Bien plus, il y a des champs qu'on retrouve non seulement chez le cercopithèque, mais encore chez des mammifères beaucoup plus inférieurs.

Chez l'homme (fig. 3) nous trouvons derrière le bourrelet du corps calleux et se suivant d'arrière en avant, les aires λ^1, λ^3 et λ^5 Ces trois aires sont suprastriées et leur lame tangentielle est riche en fibres augmente en *6a* et en *6b*. Nous retrouvons cette aire avec dans les couches *2 et 3a*, riche en fibres à partir de *3b*. Cette richesse en fibres augmente et *6a* et en *6b*. Nous retrouvons cette aire avec les mêmes caractères et le même siège, non seulement chez le cercopithèque (1), mais aussi chez le lémur.

Dans λ^3, la sous-lamelle *10+b* est non seulement plus riche en fibres, mais s'est élargie aux frais de *1c* resté rudimentaire; *2* est pauvre en fibres, *3* n'existe pas, *4* est riche en fibres, *5* est moins riche en fibres, *6a* est de nouveau plus riche en fibres et *6b* l'est encore plus. Nous retrouvons ce champ λ^3, non seulement chez le singe et le lémur, mais encore chez le lapin. Si nous jetons un regard sur la figure que Zunino (1) donne du champ *29a* de Brodmann, nous voyons que ce champ présente tous les caractères que nous venons d'énumérer pour le champ λ^3. Dans le champ λ^5, *1* est encore plus large que dans λ^3 et *2* a disparu. Nous retrouvons un

---

(1) Dans la figure que MAUSS donne de son aire *26* (Die faserarchitektonische Gliederung der Grosshirnrinde bei den niederen Affen, *Journ. f. Psychologie und Neurol.*, Bd. 13) le côté gauche de cette aire *26* représente mon champ λ *1*, le côté droit de cette même aire, mon champ λ 3.

(1) G. ZUNINO. Die myeloarchitektonische Differenzierung der Grosshirnrinde des Kaninchen. (*Journ. f. Psychol. u. Neurol.*, Bd. 14.)

champ identique à λ^5 chez le singe, le lémur et le lapin (Voir type 26 dans le travail de Zunino). Ainsi, nous avons dans ces constatations le commencement d'une anatomie comparée myéloarchitecturale, sœur cadette de l'anatomie comparée cytoarchitecturale dont Brodmann a été le principal fondateur. Je vous rappellerai seulement les fig. 12 et 22, 16, 17 et 23, 43-49 de sa *Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde*. On voit dans ces figures combien certains champs restent les mêmes jusque chez les marsupiaux. Cependant, malgré tous les efforts de Brodmann, l'homologie d'un grand nombre de champ reste encore douteuse. C'est pourquoi la myéloarchitecture nous sera d'autant plus précieuse dans l'avenir, car de même qu'elle nous a permis de délimiter un nombre inattendu de champs dans l'hémisphère cérébral humain, elle nous aidera à combler les lacunes que la cytoarchitecture ne nous a pas permis de combler au point de vue de l'anatomie comparée.

NEUROLOGIE CLINIQUE

Trémophobie

Un nouveau cas. — Conséquences médico-légales

par Henry Meige (Paris)

La trémophobie est la peur de trembler. Cette variété de phobie n'est pas rare chez les sujets qui présentent du tremblement de la tête ou des membres, le mot *tremblement* étant pris dans son acception la plus générale et non dans son sens strictement nosologique (1).

La trémophobie participe à tous les caractères des obsessions, elle se rapproche surtout de l'éreutophobie de Pitres et Régis. On la voit apparaître chez des sujets prédisposés, surtout chez ceux qui présentent cette *constitution émotive* que M. E. Dupré a finement analysée. Rougeur et tremblement ne sont, en effet, que des manifestations réflexes de l'émotivité. Ces phénomènes sont d'ordre banal; mais quand ils viennent à s'accompagner d'un véritable état obsédant, ils offrent davantage d'intérêt pour le psychiâtre.

De même que la rougeur de l'éreutophobe s'accroît avec les progrès de sa phobie, de même le tremblement du trémophobe augmente avec sa peur de trembler. Le phénomène physique engendre l'obsession, qui, à son tour, amplifie la réaction somatique; l'exagération de cette dernière réagit fâcheusement sur le trouble mental; ainsi se crée un cercle vicieux de réactions psycho-physiques réciproques dont l'aboutissant peut être un véritable état de mal obsédant. Inversement d'ailleurs, les améliorations de l'état mental et de l'état physique se produisent parallèlement.

La trémophobie peut avoir pour point de départ un tremblement véritable, tremblement dit constitutionnel, héréditaire, névropathique, tremblement dit sénile, ou tout autre variété de tremblement liée à une affection trémogène, comme la maladie de Parkinson, la maladie de Basedow, la sclérose en plaques, etc.

La peur de trembler se relie aussi à des idées de toutes sortes: idées d'humiliation, idées de déchéance, préoccupations nosophobiques. Beaucoup de trémophobes redoutent que leur tremblement

---

(1) Henry Meige. Communication à la Société de Psychiatrie de Paris, séance du 17 décembre 1908. *Revue Neurologique*, n° 1, 15 janvier 1909.

ne soit l'indice d'une affection nerveuse incurable. La trémophobie est fréquente chez les sujets atteints de torticolis convulsif. Enfin, M. Régis a décrit une curieuse variété de trémophobie à laquelle il a donné le nom de « trac des coiffeurs ».

J'ai eu l'occasion de rapporter quelques exemples de trémophobie; en voici un nouveau que je résumerai brièvement:

Un prêtre âgé de 60 ans, qui vit dans une petite paroisse, au centre du Canada, est, depuis de longues années, atteint d'un tremblement léger des membres supérieurs et de la tête, plus accentué à droite qu'à gauche. Aucun signe ne permet de rattacher ce tremblement à une affection organique du système nerveux; tous les réflexes sont normaux. Au surplus, ce tremblement est héréditaire et familial. Le père et les deux frères de ce malade présentent un tremblement analogue.

Pendant de longues années, ce prêtre ne s'est nullement préoccupé de ce léger trouble moteur; il accomplissait régulièrement tous les actes de son ministère, et ne songeait guère à attribuer de signification pessimiste à une petite infirmité qu'il considérait justement comme un héritage de famille. De santé robuste, menant une vie rude, il se portait à merveille; il en est encore de même aujourd'hui.

Il y a environ seize ans, vers 1894, il fut atteint d'asthme des foins; tous les ans, au mois d'août, pendant six semaines, il souffre d'un coryza violent auquel succèdent des crises d'asthme bronchique et pulmonaire caractéristiques. C'est le premier épisode névropathique de son histoire.

Vers la même époque, apparut un autre trouble : au cours d'une tournée pastorale où il officiait devant son évêque, ce prêtre fut pris subitement de la peur de tomber des marches de l'autel. Et, dès lors, à chaque office, cette peur se renouvela, sorte de phobie vertigineuse, qui devint de plus en plus difficile à vaincre; mais il tourna la difficulté en obtenant, non sans peine, que, dans son église les marches de l'autel fussent supprimées. Cette phobie était élective : il pouvait monter en chaire, bien que celle-ci fut beaucoup plus élevée que l'autel, et y prêcher sans appréhension, grâce à la balustrade qui l'entourait.

Il en fut ainsi pendant quelques années; puis la peur de tomber de l'autel s'atténua. C'est alors qu'elle fut remplacée par une nouvelle phobie : la *peur du tremblement* — de ce tremblement dont il ne s'était pas inquiété jusqu'alors. Il s'imagina que ce trouble moteur pourrait lui faire commettre dans l'exercice de son ministère des actes inconséquents, notamment au moment de la communion; il redouta de ne plus pouvoir rompre l'hostie, sans risquer d'en éparpiller les morceaux. Dès lors, il dut s'abstenir de communier et de faire communier les autres.

Enfin, progressivement, la peur de trembler apparut aussi dans quelques actes de la vie ordinaire, comme de manger le potage, et même à propos de l'écriture, qui est devenue presque impossible.

Cette trémophobie est beaucoup plus accentuée en présence de personnes étrangères; entouré de ses familiers, le prêtre n'en est presque pas incommodé. Il peut même donner la communion aux personnes de sa famille.

Le malade,qui est intelligent et instruit, analyse très exactement sa

situation. Il n'attribue pas à son tremblement une signification pathologique grave; il sait que ceux des siens, qui en furent atteints, ont vécu paisiblement malgré cette légère infirmité. Sa seule préoccupation, — et cette préoccupation est vraiment obsédante, — réside dans la crainte des conséquences que peut avoir le tremblement, surtout pour l'exécution des actes rituels.

Inutile d'ajouter que ce trémophobe, comme la plupart des obsédés, a tenté de tous les remèdes, jusques et y compris l'électricité, le pire des traitements pour les trembleurs.

En résumé, il s'agit ici d'un cas très net de phobie du tremblement, caractérisé principalement par la crainte des conséquences que pourrait avoir ce trouble moteur au point de vue professionnel. Cette phobie est apparue chez un sujet manifestement névropathe et psychopathe (ses crises d'asthme et son appréhension vertigineuse, en font foi), mais qui est également un trembleur héréditaire.

Ce n'est point ici le lieu de discuter la nature de cette névropathie trémulante dont les exemples familiaux ne sont pas rares. On les range encore parmi les névroses, faute d'en connaître le substratum anatomique. Mais sa parenté avec les autres affections héréditaires et familiales du système nerveux semble très vraisemblable.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que le tremblement, quel qu'il soit, peut être, chez les sujets prédisposés, le point de départ de troubles psychopathiques à forme obsédante. Il y a donc lieu, lorsqu'on examine un trembleur, non seulement d'analyser les caractères objectifs de son tremblement, mais de rechercher la répercussion mentale qu'il peut avoir, et, inversement, il faut aussi chercher à apprécier le rôle joué par la trémophobie dans l'apparition ou l'exagération du tremblement.

Cette analyse, à la fois clinique et psychologique, n'a pas seulement un intérêt théorique, elle peut aussi avoir des conséquences pratiques importantes.

Au point de vue du traitement, elle sert de guide pour les interventions psychothérapiques qui, bien dirigées, ont une efficacité non douteuse.

Au point de vue professionnel, la peur du tremblement peut avoir de pénibles résultats: elle conduit certains trémophobes, ainsi que l'a montré M. Régis, à abandonner leur profession.

Au point de vue médico-légal, l'appréciation d'un tremblement est toujours chose délicate. Lorsqu'il s'agit d'un tremblement consécutif à des traumatismes, notamment chez les accidentés du travail, il faut, bien entendu, se mettre d'abord en garde contre la simulation, le tremblement étant beaucoup plus facile à simuler qu'on ne serait tenté de le croire. En second lieu, il importe d'apprécier le trouble moteur en soi, d'en déterminer les caractères et l'intensité,

et de rechercher ensuite les corrélations qui peuvent exister entre le tremblement et la trémophobie. Chez les accidentés trembleurs, il n'est pas rare que le tremblement, au cours des expertises, tantôt soit cultivé volontairement, sciemment, dans un but intéressé, tantôt qu'il soit entretenu par cette disposition revendicatrice à laquelle Brissaud a donné le nom imaginé de *sinistrose*. Mais chez d'autres sujets la trémophobie, trouble psychopathique, peut contribuer aussi à exagérer l'intensité du tremblement. Le médecin expert ne doit pas l'ignorer.

Discussion

M. REGIS (de Bordeaux). — M. Meige a parfaitement raison d'insister sur la fréquence et l'importance de l'intervention d'un élément psychique plus ou moins obsédant dans les troubles réels du système nerveux.

Cela se produit dans les maladies à lésions, par exemple dans le tabes et, de façon générale, dans toutes les impotences organiques de la marche, où l'on voit couramment la stasobasophobie surajouter son action à celle de l'impotence elle-même.

Cela se produit surtout dans les psycho-névroses et nous l'avons nettement fait ressortir, le professeur Pitres et moi, dans l'obsession de la rougeur ou éreuthophobie. Ici encore, c'est l'éreuthose, ou disposition particulière à rougir sous l'influence d'un déséquilibre vaso-moteur, qui ouvre la scène; puis, à l'occasion d'un rougissement plus particulièrement pénible et qui joue le rôle de choc émotif, la phobie survient, accentuant singulièrement les choses et les poussant jusqu'à l'idée fixe, continue, tenace, désespérante.

Ce qui a lieu pour la rougeur a lieu également pour le tremblement et à ce point de vue encore, la trémophobie, si bien décrite par M. Meige, est l'obsession-sœur de l'éreuthophobie.

Je rapprocherai volontiers de ces cas une autre crainte obsédante, signalée sommairement par M. Bérillon parmi les phobies professionnelles, et que j'ai particulièrement étudiée ces temps derniers, avec Cazanove, sous le nom de « trac des coiffeurs ». En voici un exemple typique.

Un dimanche, certain coiffeur émotif, fatigué d'une matinée de travail ininterrompu, présente un très léger tremblement de la main gauche, celle posée sur la joue du client. Le docteur du pays, qui vient se faire raser à ce moment, lui dit, en manière de plaisanterie : « Tiens, vous tremblez! vous êtres donc alcoolique?

Ce simple mot détermine une grosse émotion chez le coiffeur. A dater de ce jour, il se met régulièrement à trembler, d'abord quand il rase le docteur, puis en rasant d'autres clients, quand il y pense, quand il a peur de trembler (trémophobie). Cela arrive à le torturer de telle sorte qu'il en vient à des idées de suicide et qu'il finit par vendre sa boutique, au risque de perdre son gagne-pain et celui de sa famille.

Chose curieuse : le malade voit, de très bonne foi, son tremblement plus marqué qu'il ne l'est, en réalité, comme l'éreuthophobe qui croit que sa rougeur attire tous les regards alors qu'elle est à peine perceptible.

Il y a là un fait intéressant montrant que dans ces psycho-névroses, le mécanisme de l'aggravation du mal par l'idée obsédante et double; celle-ci agit, en effet, non seulement en accentuant réellement l'intensité du symptôme morbide, mais aussi en le faisant apercevoir grossi, amplifié au sujet à travers le verre grossissant de son émotivité.

Chose curieuse encore. Les obsédés atteints du trac des coiffeurs ne l'éprouvent pas indifféremment avec tous leurs clients. D'une façon générale leur trac, nul avec les clients très ordinaires, s'accentue avec les clients d'un rang plus élevé. Il en était ainsi chez le malade cité plus haut. Chez un autre, qui avait communiqu ésa phobie à son frère, coiffeur comme lui, en confessant son appréhension anxieuse, le fait se traduisait de façon bien plus bizarre. Obligé d'accomplir une période de service militaire, il eut pour ainsi dire à raser tous les hommes du régiment. Quand il s'agissait de simples soldats, tout allait pour le mieux. Avec les gradés, le trac survenait en proportion du grade et des galons. Un jour enfin, le lieutenant-colonel lui-même eut recours à ses bons offices. On juge de l'émoi du malheureux. Son tremblement phobique devint tel que, mis dans l'impossibilité d'opérer, il fut contraint d'expliquer le cas au grand chef. Celui-ci ne fit ni une ni deux; prestement il enleva son dolman et redevint ainsi un homme comme les autres; cela suffit au coiffeur qui, rasséréré, put dès lors le barbifier allègrement et savamment.

On voit nettement, par ces faits, l'importance et la puissance de l'idée obsédante dans les affections du système nerveux, notamment dans les psycho-névroses et on s'explique très bien dans ces conditions, comme le fait ressortir M. Meige, les difficultés auxquelles se heurte l'expert, dans l'appréciation des cas de psycho-névrose traumatique.

M. HALIPRE (de Rouen). — Au cours de son intéressante communication, M. Meige a fait allusion aux rapports qui peuvent exister entre le tremblement et les accidents du travail. C'est là une question très délicate et souvent difficile à solutionner devant les tribunaux. Il y a quelques mois, j'ai examiné comme médecin-expert une jeune harpiste qui, à la suite d'un accident de chemin de fer, avait été prise d'un tremblement qui rendait impossible l'exercice de sa profession. Après avoir fait sur elle de la suggestion à l'état de veille, je l'ai envoyée en Suisse faire une cure de repos. Elle est actuellement améliorée, mais non guérie. J'avoue que je me suis trouvé très embarrassé quand j'ai dû répondre aux questions précises posées par le tribunal au sujet de l'évolution ultérieure du tremblement. Je serai très heureux si notre collègue pouvait nous apporter quelques précisions sur la question, si grave au point de vue social, du pronostic des tremblements provoqués par les accidents du travail.

M. P. HARTENBERG (de Paris). — Dans 5 cas d'éreutophobie que j'ai observés dans ces derniers temps, j'ai constaté les signes somatiques suivants : d'abord un état d'éréthisme cardio-vasculaire très accentué. Le cœur est vibrant et bondissant, même en dehors de toute émotion. Les carotides sont dilatées, d'un calibre plus large que normalement et animées de battements très forts, qui se propagent dans les artères de la face, de sorte qu'on aperçoit toutes les branches de la faciale et de la

temporale battant sous la peau. Les sujets se plaignent de bouffées de chaleur, même sans émotion. Ils transpirent facilement. Enfin tous ont une tendance au dermographisme.

Je crois donc que la phobie de rougir est préparée par des conditions physiologiques qui constituent le fondement organique de l'éreutophobie. Il s'agit ici, semble-t-il, d'un éréthisme cardio-vasculaire, d'une instabilité vaso-motrice anormale, sur lesquels se fixe l'émotion anxieuse pour constituer la phobie.

Cette constatation est intéressante à un double point de vue : d'abord, parce qu'elle montre une fois de plus que la plupart des troubles psycho-névropathiques ont un point de départ et une base organiques ; ensuite, parce qu'elle fournit des indications utiles pour le traitement.

M. BERILLON (Paris). — J'ai publié, il y a quatorze ans, un cas de tremblement, chez un coiffeur. Celui-ci tremblait chaque fois qu'il rasait un client riche. L'origine de ce tremblement était alcoolique, et il s'est guéri par la suppression de l'alcool.

J'ajouterai cependant que dans certains cas, la suppression de l'alcool ne suffit pas et qu'il est utile alors d'employer la suggestion et l'hypnotisme pour les guérir.

M. FOVEAU DE COURMELLES (Paris). — Un ouvrier typographe s'étant coupé une phalangette, fut atteint de névrite ascendante et de tremblement. Il n'a pu se guérir. Ses douleurs ont augmenté à cause de son procès. Ayant fait une radiographie, je lui affirmai qu'il n'avait aucune lésion sérieuse et il s'est guéri.

M. GRAETER (Bâle). — J'ai guéri par la suggestion et l'hypnose un soldat trembleur. Je lui ai fait viser la cible et il est parvenu à tirer correctement ; il a même tiré mieux que tous ses compagnons. J'ai examiné ensuite surtout leur état psychique, et j'ai remarqué que tous étaient des émotifs, des poltrons et surtout des gens qui faisaient des réflexions avant de tirer. A ce sujet, il faut remarquer que les compagnies où il y a le plus de mauvais tireurs, sont celles où le supérieur fait le plus peur à ses hommes. Je suis partisan, pour ma part, d'employer la psycho-analyse de Freud, de réprimer les émotions désagréables, mais d'empêcher le sujet de renfermer en lui-même cette émotion ; car par exemple dans le bégaiement ce n'est guère qu'une psycho-analyse soigneuse qui, rappelant l'événement originaire, guérisse par décharge de l'émotion. Il faut donc analyser à fond l'état mental des trembleurs.

M. DEMONCHY (Paris). — Je crois que tout médecin consciencieux fait cet examen mental complet.

M. REGIS (Bordeaux). — On fait, en France, de la psychothérapie sous toutes les formes et tous nous fouillons analytiquement nos malades à fond. Cependant dans certains cas, même à la suite d'opérations simulées, le malade résiste et continue sa maladie, malgré tout.

M. Henry MEIGE (de Paris). — En rapportant un nouveau cas de trémophobie, j'ai tenu à signaler un fait psychopathique, qui n'aurait

guère plus d'intérêt que les innombrables variétés d'obsession et qui n'eut pas mérité d'être désigné par un vocable nouveau, si ce fait ne devait pas être envisagé dans ses conséquences professionnelles et médico-légales. J'ai donc entendu avec grand plaisir M. Régis, rappelant ses curieuses observations de « trac des coiffeurs », et aussi M. Halipré, qui connaît bien les difficultés des expertises dans les accidents du travail, confirmer mon opinion sur la nécessité d'envisager le rôle que peut jouer la trémophobie dans l'exagération d'un tremblement. Tel était bien le principal objectif de ma communication.

Incidemment, la discussion a fait allusion aux effets thérapeutiques de l'hypnotisme chez les trémophobes. Je ne songerais même pas à parler de ce mode de traitement que je ne me reconnais pas le droit d'employer, si je ne tenais à dire qu'il m'a été donné de constater, non seulement son inefficacité, mais sa nature illusoire.

Dans un des cas de trémophobie que j'ai rapportés antérieurement, une malade m'ayant témoigné le désir d'être hypnotisée, j'ai refusé de le faire. Mais je ne lui ai nullement déconseillé de s'adresser ailleurs. Elle alla donc voir un hypnotiseur, confiante dans le résultat. Quand je la revis, elle n'était pas guérie, ni même améliorée ; de plus, elle m'avoua que, malgré son désir ardent d'hypnose, elle ne s'était jamais endormie. Elle avait docilement obéi à toutes les injonctions, sans succès ; toutefois, pour ne pas désobliger l'opérateur, elle lui avait répondu qu'elle dormait, et même, ajoutait-elle, il en est resté convaincu.

Le fait est banal, je le sais. On pourrait en citer maints pareils. Ces constatations ne sont pourtant pas superflues. Elles montrent que l'hypnose est fréquemment illusoire. Presque toujours, les manœuvres hypnotiques sont une duperie, tantôt pour le malade, tantôt pour le médecin, souvent pour les deux réunis. On doit donc s'en abstenir.

M. BERILLON (Paris). — Je crois que l'hypnotisme est au contraire une méthode précieuse. Si l'on veut obtenir un état purement passif on a recours à un sommeil très profond, sinon, souvent une très légère somnolence suffit. Mais dans les cas où le sommeil ne se produit pas, on va jusqu'à donner du somnoforme. D'ailleurs, qu'on le veuille ou non, on suggestionne toujours ses malades et chaque service a son cachet spécial grâce au médecin qui le dirige. Mais, il faut aussi se défier de l'hypnophobie de ceux qui sont incapables de se servir de cette méthode. Quant à moi, j'ai recours à toutes les méthodes, à tous les artifices, pour guérir mes malades.

Un cas d'œdème hystérique

(Présentation de la malade)

par le Dr GLORIEUX (de Bruxelles)

Je crois qu'il sera agréable aux membres du Congrès, sevrés de malades depuis quelques jours, de pouvoir observer un cas dont la rareté, à mon avis, ne constitue pas le seul intérêt.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, Thérèse M., qui s'est présentée il y a quatre jours, à ma consultation gratuite des maladies nerveuses.

Antécédents héréditaires. Nuls. Les neuf frères et sœurs de la malade n'ont présenté aucun accident nerveux, à part un garçon qui a eu de l'incontinence d'urine nocturne.

Antécédents personnels. La malade a marché à 13 mois, parlé à 2 ans; a fait facilement ses classes; pas particulièrement émotive, un peu renfermée en elle-même, travailleuse. Réglée à 14 ans sans incidents.

Pas de maladies infectieuses, sauf rougeole.

Histoire de la maladie. Il y a trois ans et demi à la suite d'émotions très vives (perte d'une sœur, tirage d'un mauvais numéro par son frère) la malade présenta de l'aphonie hystérique. En même temps le caractère changea : idées noires, insomnie, perte de l'appétit, incapacité de travail.

En quelques semaines diminution en poids de 20 livres.

Un séjour de cinq mois à Péruwelz rétablit complètement sa santé physique et morale, mais l'aphonie persista.

En juin 1909 : douleurs au genou gauche; apparition à cet endroit d'une plaque violacée ecchymotique douloureuse, rendant la marche difficile : cette plaque guérit rapidement.

En juillet 1909, il se produit sur le dos du poignet gauche une plaque semblable à celle du genou avec gonflement de l'articulation. Le médecin fait le diagnostic d'arthrite rhumatismale. Le gonflement et les douleurs augmentent et gagnent l'avant-bras, puis la main .

La contracture des doigts et du poignet s'établit plus tard.

En janvier application sous chloroforme d'un appareil plâtré. La contracture se réduit spontanément pendant la chloroformisation et la malade parle à voix haute.

Après six semaines, enlèvement de l'appareil plâtré : le gonflement n'avait guère diminué, la contracture des doigts se reproduit bientôt. Depuis lors le gonflement n'a fait que s'accentuer.

En même temps la malade présente de la fièvre assez variable dans son allure. La température serait montée à 39° le soir après l'application de l'appareil plâtré, actuellement elle évolue vers 38° le soir.

Examen objectif. — *Température* dans la bouche, prise par le médecin interne : 28 juillet 1910 : soir, 37°7; 29, matin, 37°, soir, 37°9; 30, matin, 36°2, soir, 38°; 31, matin, 36°4, soir, 36°5; 1er août, matin, 36°2, soir, 37°9.

Sensibilité douloureuse thermique et tactile = normale partout.

Anosmie.

Champ visuel légèrement rétréci.

Réflexes : plantaire faible des deux côtés; aucun mouvement de défense; rotulien, normal; pharyngien, aboli; cornéen, conjonctival, cutanés abdominaux existent.

Examen des organes thoraciques. Rien au cœur. Au sommet droit la respiration est un peu rude et saccadée.

Radiographie. De multiples examens démontrent l'intégrité du système osseux, tant de la main et du coude que de l'avant-bras.

Description du membre œdématié : L'avant-bras gauche est tenu fléchi à angle droit sur le bras, le poignet est demi-fléchi et déjeté du côté cubital, la main se trouve dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination, les doigts sont uéchis, recouvrant le pouche couché dans la paume; ils sont le siège d'un gonflement énorme.

Mensurations : circonférence dos de la main, 22 1/2 centimètres; poignet, 27 1/2; partie moyenne de l'avant-bras, 28; extrémité de l'avant-bras, 26 1/2.

La peau de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras gauche est blanche, tendue; il ne se forme guère de godet à la pression; la partie gonflée donne une sensation de chaud.

Le gonflement cesse brusquement à la partie supérieure de l'avant-bras. A ce niveau on voit nettement une ligne rouge correspondant à la constriction exercée par les bandes du pansement protecteur que la malade porte continuellement.

Les mouvements des doigts, du poignet, sont impossibles; les doigts et le poignet sont en état de contracture permanente.

Tout mouvement est douloureux et quasi impossible.

Les mouvements du coude se font bien : il existe une légère atrophie du bras gauche, par défaut de fonctionnement.

La malade accuse des douleurs spontanées le jour et la nuit, au poignet et dans les doigts de la main malade.

La pression forte des parties œdématiées est douloureuse.

Il y a quelques mois, la malade s'est présentée pour la première fois à la clinique : malgré toutes nos instances, elle a refusé à entrer à la Policlinique où nous voulions la tenir dans une étroite observation.

Elle consentit à venir à Bruxelles chez un oncle et à se rendre trois fois par semaine à la clinique pour y suivre un traitement à l'électricité. Des bains d'électricité galvanique, des applications de collodion au bleu de méthylène, la cessation de toute constriction apparente, tout cela n'amena aucune amélioration.

Après un mois de traitement la jeune fille retourna chez ses parents : elle est revenue à la clinique le 28 juillet dernier.

Son état était resté sensiblement le même qu'il y a sept mois : même gonflement, même état de contracture, même état d'apathie; persistance de l'aphonie, même diagnostic d'œdème et d'aphonie de nature hystérique.

Que faire en présence de ce refus de l'isolement. Les parents ne veulent pas admettre une supercherie quelconque de la part de leur fille, et vis-à-vis de la malade, il importe à tout prix d'user de prudence et de circonspection.

Avant de recourir à un traitement quelconque, l'idée m'est venue de recourir aux lumières des membres du Congrès, certain de trouver chez eux un conseil sage, qu'adopteraient la jeune fille et ses parents.

Discussion

M. DUPOUY (Paris). — J'ai eu un cas très intéressant d'hyperthermie, ce malade arrivait à des températures de 40° à 41°, et même 45°. Une malade même, à laquelle on mit un thermomètre allant jusqu'à 100°

centigrades, fit monter la température jusqu'à 60°. Dès lors, on peut dire que ces hyperthermies sont absolument factices. Les malades échauffent le thermomètre par frémissement, tressaillement ou frottement.

M. DUPRE (de Paris). — M. Glorieux a eu l'extrême obligeance de nous demander à M. Deny, à M. Meige et à moi, de venir examiner cette malade à sa clinique. Après cet examen, nous avons été, mes collègues et moi, entièrement d'accord pour admettre que l'œdème en question devait être la conséquence d'une supercherie. Nous avons constaté nettement l'existence au niveau du pli du coude, des traces d'une forte striction provoquée par les bandes du pansement qui enveloppe le membre œdématié. Il nous paraît vraisemblable que, si la malade était soumise à une surveillance rigoureuse, tout enveloppement étant supprimé, et toute possibilité d'exercer une constriction se trouvant écartée, l'œdème en question tendrait à disparaître. Ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que cette personne, qui devrait cependant avoir le désir de se débarrasser d'une telle infirmité, n'a pas encore voulu se prêter à cette surveillance.

En somme, dans le cas présent, comme dans tous les exemples d'œdèmes dit hystériques étudiés depuis ces dernières années, la simulation paraît bien jouer le rôle principal, sans qu'il soit besoin d'invoquer l'hystérie.

Il en est probablement de même pour l'aphonie que présente cette malade.

Quant à la fièvre dite hystérique, son authenticité est de plus en plus contestée. En prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter les supercheries, on s'aperçoit que cette fièvre est illusoire, à moins toutefois qu'une infection surajoutée ne l'explique, et alors l'hystérie ne saurait être mise en cause.

Tous ces phénomènes, insolites en apparence, ne sont que des fantaisies, plus ou moins conscientes, imaginées par des mythomanes; elles font partie des modes d'expression infiniment variés de cet état psychopathique.

M. HALIPRE (Rouen). — Mais cette contracture doit dès lors disparaître dans le sommeil, si elle est simulée.

M. DUPRE (Paris). — Sous le chloroforme, la contracture doit disparaître. Cette jeune fille a continué à maintenir sa main en contracture volontaire, puis elle a simulé de l'œdème. Qui sait, elle est l'aînée de huit enfants, n'a-t-elle pas intérêt à ne rien faire ? On a vu de ces malades produire des gangrènes graves pour se rendre intéressants. Il faudra faire exercer une surveillance continue, discrète. Mais je suis certain que la malade s'y refusera et qu'il faudra la surveiller de force pour ainsi dire.

M. HALIPRE (Rouen). — Je dois en tout cas faire remarquer ce fait, que pour en arriver à simuler ainsi il faut que ces malades aient une absence de sensation de fatigue absolument extraordinaire; on peut les

soumettre à une surveillance continuelle durant deux heures sans que la contracture cesse.

M. COURTELLEMONT (Amiens). — Il y a deux ordres de faits dans ce cas : la contracture hystérique que l'on ne discute pas beaucoup et l'œdème dû à la simulation. Mais, il faut faire remarquer que lorsque l'on a mis le bandage plâtré, jusqu'au milieu du bras, l'œdème a eu une tendance à se produire au-dessus du bandage.

M. GLORIEUX (Bruxelles). — Il faut cependant noter en défaveur de la simulation dans ce cas, que la malade refuse de se faire traiter, que c'est avec toutes les peines du monde qu'on a pu l'amener de Mons à Bruxelles. Son aphonie hystérique a disparu sous le chloroforme. D'autre part, nous ne pouvons pas dire à la famille qu'elle ment, c'est donc assez délicat comme situation. Quant à la question de température, je ferai remarquer qu'en mettant deux thermomètres on a obtenu à tous les deux 37°8. D'ailleurs cette malade présente des symptômes de tuberculose au sommet droit.

M. DUPRE. — Au sujet des hyperthermies factices, il faut suivre le conseil qu'a donné Babinski : ne pas employer les thermomètres à maxima, mais des thermomètres simples, on peut s'assurer ainsi exactement de l'ascension tout en contrôlant le sujet.

M. GRAETER (Bâle). — Il existe cependant des cas où des malades gardent des contractures durant leur sommeil. Inconsciemment une fois qu'elles ont dit le mensonge, durant le sommeil ce mensonge se prolonge. Comment doit-on traiter ces sujets ? Une suggestion prolongée même est insuffisante. Il faut trouver le motif et la cause exactes de la maladie. Pourquoi veut-elle se rendre intéressante ? Et je crois que c'est dans l'hypnose seule que vous le découvrirez. Car il n'y a pas que la contracture ici, il y a encore en plus le désir d'être malade. Je pense aussi qu'il est mauvais de simuler la radiothérapie dans ce cas. Le sujet aura vite dépisté votre mensonge thérapeutique. Quelle confiance gardera-t-elle dès lors en son médecin ?

M. GLORIEUX. — Ce n'est que comme méthode de surveillance que je préconise l'emploi de radium, ou mieux la simulation de son emploi ; c'est pour arriver à faire un diagnostic exact que je désire faire cela.

Troubles nerveux d'origine médullaire à la suite des traumatismes des extrémités

par le Dr Bienfait (de Liége)

Un radiographe de Hambourg, le Dr Sudeck, a appelé l'attention sur une forme d'atrophie osseuse survenant d'une façon aiguë à la

suite de lésions articulaires, qu'il s'agisse d'un traumatisme ou d'une inflammation.

C'est en 1900 qu'il a publié la première observation de ce genre. Il s'agissait, en l'espèce, d'une affection localisée au poignet et qui, en dix semaines, avait produit une décalcification très nette des os du carpe.

La radiographie, pratiquée avec une bonne technique, c'est-à-dire en réalisant l'immobilité complète de l'article et en employant des tubes donnant un fort contraste, la radiographie montra que les os étaient devenus extraordinairement perméables aux radiations. Dans le cas en question, ce n'était pas seulement les os du poignet qui se trouvaient affectés, mais aussi les métacarpiens qui étaient cependant absolument étrangers au processus morbide voisin. La différence d'aspect avec les os restés sains était évidente et outre la pâleur de ces os on distinguait des altérations de la texture osseuse consistant en ce que les mailles de ce tissu étaient plus larges et leurs travées plus minces.

Cette raréfaction osseuse fut bientôt retrouvée par divers observateurs et actuellement elle est bien connue de tous les radiographes.

Ce que Sudeck avait démontré pour le tissu osseux, un français, Valtat, l'avait, quelques années auparavant, démontré pour le tissu musculaire : certainement de tout temps on avait remarqué l'impotence qui suit les traumatismes articulaires et la diminution de volume des membres atteints, mais la possibilité d'une atrophie musculaire subite se produisant en quelques jours était bien faite pour provoquer l'étonnement.

Voici, à ce propos, quelques passages de la première observation de Valtat :

Arthrite traumatique du genou. Paralysie complète et atrophie passagère du triceps correspondant. — Un palefrenier reçoit un coup de pied de cheval à la partie interne du genou droit. Le lendemain le genou est le siège d'une tuméfaction notable, la rotule est soulevée par un épanchement abondant et le cul-de-sac sous-tricipital fait une saillie au niveau de laquelle on perçoit de la fluctuation. La peau n'a subi aucune modification et la pression, qui la veille, était très douloureuse, est mieux supportée. Les mouvements sont encore très pénibles et s'accompagnent de froissements abondants. La cuisse présente à sa partie inférieure une augmentation de volume assez marquée ; elle est empâtée et semble continuer la tuméfaction du genou. Au dessous de ce point, elle reprend ses dimensions normales et semble même un peu amincie, bien qu'à la mensuration on ne constate pas encore de diminution sensible. Mais elle est aplatie, étalée et les muscles relâchés et remarquablement flasques ne font plus aucun relief sous la peau.

Le triceps crural qui paraît surtout atteint, est le siège d'une *paralysie complète,* et quels que soient les efforts du malade, il ne peut arriver à

faire simplement durcir le muscle. Il en est de même lorsque la jambe étant fléchie, on lui commande de l'étendre; il accuse de lui-même une impuissance absolue de la cuisse et il dit *expressément que ce n'est pas la douleur qui l'empêche d'accomplir le mouvement.* Cinq jours plus tard, la tuméfaction du genou a beaucoup diminué, l'épanchement est en grande partie résorbé et les douleurs ont à peu près disparu. Malgré cela, l'impuissance du triceps persiste au même degré et le malade ne peut arriver à détacher son membre du plan du lit. La cuisse présente une atrophie évidente, la différence des circonférences est de un centimètre au profit du côté sain. La circonférence des jambes est restée la même.

Cette observation nous montre un cas de paralysie avec atrophie nette se montrant en quelques jours. Un fait digne de remarque, c'est que la douleur à laquelle on serait tenté d'attribuer une grande importance au point de vue de l'apparition de cette paralysie ne joue ici qu'un rôle absolument secondaire: ce n'est pas la douleur qui empêche les mouvements de se produire.

Le blessé de Valtat n'a pas présenté d'autres symptômes et il a guéri en peu de temps. Il n'en est pas toujours ainsi: après des traumatismes même relativement légers, tels que de simples contusions articulaires, on observe souvent un état complexe consistant en une parésie accompagnée d'amyotrophie s'étendant à différents muscles, de la douleur, soit continue, soit plus souvent à l'état latent et apparaissant lors de mouvements actifs ou passifs et d'autres troubles nerveux dont nous reparlerons et qui contituent un véritable syndrôme médullaire.

Les observations des malades ne diffèrent les unes des autres que par la combinaison des symptômes et la prédominance de l'un d'eux.

Certains de ces cas sont très graves: au lieu de s'améliorer, l'état du blessé reste stationnaire, il s'aggrave même, non que le mal soit forcément progressif, mais parce que certains organismes semblent offrir un terrain propice à ce genre d'affections; de plus, l'immobilité prolongée, les inquiétudes morales, et parfois la lenteur de la procédure quand il s'agit d'accidents du travail, viennent compliquer la situation. Voici, à titre d'exemple, quelques observations personnelles résumées:

Contusion de l'avant-bras, parésie, altération de la sensibilité, hyperhydrose. — L'ouvrière G. C., âgée de 45 ans, reçoit à l'usine un choc violent contre le bord d'un bac métallique; le traumatisme a lieu à 4 centimètres en dessous de l'olécrane à l'avant-bras droit. Il en résulte une contusion avec ecchymose sans fracture ni luxation. Après neuf semaines de traitement par des pansements humides, des bains, du massage et même l'application d'un vésicatoire, cette ouvrière rentre à l'usine où elle effectue pendant trois mois un travail léger. Le soir le bras était gonflé et douloureux, la nuit apportait une sédation, mais au bout de trois mois l'état s'était notablement aggravé, le travail s'effectuait de la

main gauche, et la malade ne pouvait se servir utilement de la main droite même pour les soins du ménage.

A ce moment je suis appelé à l'examiner. Je constate que tous les muscles de l'avant-bras droit sont douloureux, la parésie est très considérable, le dynamomètre serré à la main droite donne 6, à la main gauche 55.

Le bras étant gonflé, il est difficile de se prononcer sur le degré de l'atrophie qui paraît peu intense.

Il n'y a pas de réaction de dégénération, pas d'atrophie osseuse.

Il y a une insensibilité considérable à l'avant-bras et à la main pour les sensations tactiles, thermiques et douloureuses, un fort pincement est perçu comme une sensation tactile et non douloureuse.

L'avant-bras droit est froid comparé à l'avant-bras gauche. Réflexes profonds peu marqués. Il existe une sudation à peu près permanente dans la paume de la main.

Cette ouvrière a dû abandonner définitivement le travail.

Fracture du poignet, atrophie musculaire légère, parésie, hyperhydrose. — M. F..., ménagère, âgée de 51 ans, se fait, en tombant, une fracture de la partie inférieure du radius droit. Le bras est immobilisé pendant quatre semaines. A ce moment on retire l'appareil et on constate que la fracture est bien consolidée.

Un mois après, elle revient nous consulter, parce qu'elle ne peut se servir de sa main, effectivement la flexion des doigts ne se fait que sur la première phalange mue par les interosseux, la seconde phalange, activée par les fléchisseurs superficiels, est moins mobile et la phalangette est à peu près immobile pour tous les doigts.

L'adduction du pouce laisse aussi à désirer.

La force musculaire est très faible, l'avant-bras droit présente à sa circonférence environ 7 millimètres de moins que l'avant-bras gauche. La sensibilité est normale, les réflexes sont peu marqués.

La paume de la main se couvre très facilement de sueur quand on cherche à fléchir les phalanges, les plis cutanés du dos des articulations des phalanges sont presque disparus.

Les réflexes sont normaux.

La guérison complète s'est effectuée en quelques semaines.

Fracture du radius, paralysie complète, pseudarthrose, atrophie osseuse, atrophie musculaire, diminution de la sensibilité. — R..., âgé de 55 ans, a été atteint d'une lourde pierre qui lui a fracturé le radius droit au milieu de l'avant-bras. Six mois plus tard, je constate une pseudarthrose par laquelle on a essayé sans résultat la suture osseuse. La force musculaire est véritablement nulle dans les doigts qui se meuvent à peine, cependant il n'y a pas de raideur. Le bras et l'épaule sont parésiés à un haut degré.

Il y a un peu d'atrophie musculaire de l'avant-bras (un demi-centimètre en moins à la circonférence) et également à la main qui, mesurée au niveau de la paume, donne un centimètre entier en moins à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de renversement de la formule électrique.

Il y a depuis les doigts jusqu'à l'épaule une diminution de la sensibilité tactile et douloureuse, la sensibilité au froid et au chaud est diminuée, mais dans une moindre mesure.

Le blessé se plaint de douleurs modérées dans l'avant-bras. Il y a un certain degré d'atrophie osseuse des fragments.

Cette atrophie explique bien pourquoi la soudure des os n'a pu se faire.

Cet homme a dû abandonner complètement le travail.

Contusion du poignet, paralysie, insensibilité, atrophie de tous les tissus, hyperhydrose. — Une jeune fille, employée dans une blanchisserie, a été victime de l'accident suivant : sa main a suivi le linge entre deux rouleaux compresseurs chauffés à environ 100°. Il en est résulté une contusion et une brûlure assez étendue quoique superficielle au 2e et même au 3e degré. Les suites de cet accident paraissaient devoir être bénignes, mais lorsque la cicatrisation fut achevée, on constata une impotence fonctionnelle complète. En même temps cette personne se plaignait de troubles généraux, inappétence, insomnie, défaut de fixité des idées.

La main a la peau fine et luisante, elle est cyanosée et froide. Nous constatons une diminution de volume : la circonférence au niveau de la paume de la main mesure un demi-centimètre de moins que du côté gauche. L'avant-bras a perdu un centimètre à la circonférence. Les doigts sont effilés et raides, les plis articulaires ont complètement disparu, la personne ne peut ni fléchir ni étendre les doigts et le poignet. Comme autre particularité, nous observons une augmentation très considérable de la sécrétion sudorale, aux doigts et à la main, on sent la sueur perler et s'écouler en petites gouttes à certains moments. Nous constatons aussi des troubles de sensibilité ; il y a anesthésie presque complète au toucher, à la douleur, au chaud et au froid depuis le bout des doigts jusqu'au milieu de l'avant-bras. A l'extrémité des doigts, la sensibilité est simplement obtuse, la malade ne différencie pas la pointe de la tête d'une aiguille.

Il n'y a pas de douleurs spontanées, mais une sensation de fatigue et de la paresthésie dans l'épaule et dans le bras droit : la douleur survient et devient rapidement intolérable si on essaye, même sans effort, de fléchir les doigts ou le poignet.

Les muscles de l'avant-bras et de la main sont atrophiés, ils ne présentent pas la réaction de dégénérescence.

Les épiphyses des métacarpiens de la 1re phalange et les os du carpe sont en grande partie décalcifiés ainsi que la radiographie le montre à l'évidence.

Cette ouvrière ne pourra jamais reprendre le travail.

Comment peut-on comprendre l'origine de ces troubles qui parfois se montrent d'une façon très aiguë, d'autres fois atteignent une intensité déconcertante et qui d'après notre expérience existent à quelque degré dans la très grande majorité des traumatismes atteignant les extrémités osseuses.

Diverses opinions se sont fait jour dont la plupart ne résistent pas

à la critique : telle est l'explication qui voit la cause de l'atrophie dans une inflammation se propageant de l'articulation aux muscles voisins : or, dans les fractures, il n'y a pas d'inflammation et cependant l'atrophie rapide se produit et comment comprendre que ce sont habituellement les extenseurs qui sont atteints : les fessiers, les deltoïdes, les biceps plutôt que d'autres.

L'explication la plus simple, celle de l'atrophie par inactivité fonctionnelle est plus séduisante ; elle est cependant absolument insuffisante ; en effet, il est d'observation courante que le long repos au lit des typhisés, de certains tuberculeux, des grands dyspeptiques provoque de l'amaigrissement et une diminution de la tonicité générale mais non pas de la paralysie ni de l'atrophie élective, la force musculaire étant ce qu'elle peut être si on tient compte de l'affaiblissement général. On a supposé dans de tels cas, l'existence d'une névrite ascendante ayant son point de départ dans la région lésée, montant le long du tronc nerveux atteignant les branches collatérales et la moelle elle-même et ainsi on se figure bien la gravité de certaines de ces affections et leur étendue, mais alors on devrait d'abord observer des troubles localisés au début dans le territoire d'un seul nerf, le tronc de ce nerf devrait devenir douloureux et volumineux. Ainsi que Babinski le fait remarquer, il doit s'agir de troubles purement dynamiques car les muscles et les nerfs conservent leur texture normale et il n' y a pas réaction de dégénération.

On en arrive à se demander tout naturellement s'il ne s'agit pas d'une action réflexe. Cette pathogénie déjà proposée par Charcot et appuyée par Vulpian et d'autres est la plus rationnelle. Des expériences précises en établissent d'ailleurs le bien fondé. Valtat a provoqué l'atrophie rapide, se produisant en quelques jours, par la simple injection d'essence de moutarde dans une articulation. Le professeur Raymond et son élève Deroche ont repris ces expériences ; ils ont injecté soit de l'essence de térébenthine, soit du nitrate d'argent, mais ils en ont en outre poussé leurs recherches plus loin : ils ont prouvé que l'atrophie exigeait pour se produire l'intégrité des racines sensibles médullaires, il s'agit donc bien en l'occurence d'un phénomène réflexe. De quelle façon un réflexe peut-il provoquer les troubles observés ?

Voici comment nous pourrons arriver à concevoir ce mécanisme.

Chaque étage de la moelle comprend une série de centres coordonnés : centre des voies sensibles dans les ganglions radiculaires et les cornes postérieures, centres moteurs et trophiques dans les cornes antérieures, centres vaso-moteurs, trophiques, sympathiques dans la partie moyenne de la substance grise, ceux-ci agissant ainsi sur la sécrétion sudorale.

Cet ensemble de centres périphériques est en relation constante avec les centres analogues des étages voisins et plus éloignés et avec les centres supérieurs du mésocéphale, du cerveau et du cervelet.

Le tonus d'un muscle provient des excitations centripètes de toute espèce données notamment par la contraction des muscles, le tiraillement et la tension des ligaments, des aponévroses des tendons. Ces excitations se répartissent sur tout l'axe nerveux, de telle sorte que chaque étage de la moëlle reçoit non seulement ses excitations métamériques particulières, mais encore la moyenne de l'excitation générale. La voie suivie est, pour une bonne part, le faisceau cérébro-ponto-cérébello-spinal. La voie pyramidale, au contraire, refrène ces tonus en même temps qu'elle transmet les ordres volontaires.

Or, que se passe-t-il lors d'un traumatisme à la périphérique? Un appel aux souvenirs de chacun de nous facilitera notre tâche; en effet, il est arrivé au moins à la plupart d'entre nous, de recevoir un coup sur une extrémité osseuse: l'olécrâne l'épiphyse du radius, la crête du tibia; rappelons-nous ce qui s'est passé: nous avons éprouvé une douleur subite assez violente et de l'impotence immédiate et momentanée, d'ailleurs, du bras ou de la jambe. A ce moment même en faisant un effort de volonté très considérable nous n'avons pu nous servir utilement de la main ou du pied; ils étaient inertes et les ébauches de mouvement que nous arrivions à faire étaient même un peu incoordonnées. Nous assistions a un phénomène d'inhibition et nous avons pu nous rendre compte que la douleur à laquelle on songe tout d'abord, la douleur n'était pas seule en cause, puisque même lorsqu'elle n'était pas très forte, la difficulté de vaincre la parésie existait à un haut degré.

C'est un phénomène de cette nature, mais beaucoup plus marqué et plus durable, que nous considérons comme le point de départ des troubles nerveux périphériques qui surviennent à la suite des traumatismes des extrémités.

Dans le fonctionnement des neurones, on reconnaît deux effets contraires: la dynamogénie et l'inhibition. La régularisation des mouvements du cœur constitue l'exemple classique de ces effets; elle est due à la dynamogénie fournie par le sympathique et à l'inhibition amenée par le nerf vague. Il y a là une véritable règle générale dont les exemples sont nombreux, les actes intellectuels en sont notamment une application: la volonté consiste non seulement dans une action dynamogénique mettant en valeur une idée, mais aussi dans un effet inhibiteur écartant, annihilant l'idée contraire. De même la cellule motrice de la corne antérieure est constamment sollicitée à la fois par l'action tonique du cervelet et par l'inhibition du tonus et des réflexes du cerveau.

Aujourd'hui nous appelons l'attention sur l'existence du même mécanisme mais fonctionnant à la périphérie: *les voies sensitives centripètes provoquent en certain cas de l'inhibition sur l'étage de la moëlle auquel elles se rendent* et cette notion nous donne l'explication d'une quantité de phénomènes que nous rencontrons journellement notamment chez les accidentés du travail.

L'inhibition due à un traumatisme à sa raison d'être; elle provoque le repos de la partie malade, repos obtenu par la paralysie de certains dans des exemples bien connus: la paralysie de l'intestin qui arrête ses mouvements péristaltiques et se laisse dilater par les gaz en cas de péritonite et d'autre part la défense musculaire, symptôme d'appendicite.

La contracture fixant les articulations quand il s'agit d'arthrite fongueuse est encore un bel exemple de cette action réflexe.

En cas de lésions des membres spécialement lorsqu'il y a eu contusion d'une articulation ou d'une épiphyse, nous observons la parésie de certains muscles avec leur atrophie partielle parfois excessivement rapide, et la contracture d'autres muscles. Les traumatismes du poignet s'accompagnent fréquemment de ces symptômes et alors on remarque que le fléchisseur profond est fréquemment paralysé et que les extenseurs ont plutôt de l'hypertonie, les doigts se fléchissent très difficilement et sont bientôt fixés par la disparition des plis dorsaux permettant la flexion des phalanges.

Le réflexe inhibiteur périphérique amène une perturbation considérable dans les fonctions des centres médullaires: la voie pyramidale est inhibée par l'intermédiaire du neurone de la corne antérieure d'où la paralysie des mouvements volontaires et une atrophie musculaire modérée et l'augmentation fréquente des réflexes profonds au moins au début.

Le sympathique est également intéressé, d'où les troubles vasomoteurs, c'est-à-dire le gonflement œdémateux ,la rougeur, les ecchymoses, l'hyperhydrose.

Dans les cas graves, les réflexes profonds sont amoindris et l'inhibition trophique porte sur tous les tissus: peau, os, tissu conjonctif.

Ce ne sont pas seulement les voies centrifuges qui sont intéressées dans ce mécanisme, les voies centripètes le sont également. Nous constatons d'abord de la douleur qui existe toujours, tout au moins à l'état latent; il suffit pour la mettre en lumière de remuer le membre malade et d'en fléchir les articulations. La sensibilité tactile est presque toujours modifiée, mais si l'anesthésie est parfois évidente, elle passe le plus souvent inaperçue parce qu'elle est légère. On ne s'en rend compte qu'en explorant la surface cutanée au moyen d'un attouchement très doux comme celui de la pointe d'un pinceau, les yeux du malade étant évidemment fermés. Parfois, le contact n'est pas perçu mais le plus souvent la sensation est diminuée Pour s'en rendre compte, il faut explorer exactement de la même façon les deux membres correspondants en des points symétriques. Après l'examen, on demande au blessé de quel côté il a perçu le mieux: presqu'invariablement il déclare que la sensation a été moins forte du côté blessé.

Dans cette expérience, il faut se méfier de la suggestion possible et poser la question sans laisser aucunement préjuger de l'opinion de l'observateur. A tout prendre, le blessé serait plutôt disposé à ressentir plus fortement du côté où siège la douleur et sur lequel son attention est constamment tenue en éveil; en fait, c'est le contraire qui se produit.

Cette modification de la sensibilité tactile ne manque pas d'intérêt; tout, d'abord, elle étend largement le domaine de l'anesthésie douloureuse qui, au lieu d'être exceptionnelle devient presque une loi générale.

Elle permet aussi de comprendre d'une façon rationnelle l'apparition des anesthésies dans l'hystéro-traumatisme.

On a dit que cette anesthésie provenait de ce fait que les blessés considéraient inconsciemment la partie atteinte comme perdue, comme morte, comme insensible; au lieu de recourir uniquement à cette origine mentale, nous voyons une explication plus simple dans le fait de la diminution réelle de la sensibilité qui, chez le névropathe, prend une valeur extraordinaire pouvant atteindre l'anesthésie complète de la région et même l'émiplégie sensitive.

Au point de vue anatomo-pathologique, on possède peu de renseignements concernant les altérations musculaires et médullaires possibles. Ces affections n'entraînent pas la mort et on a rarement l'occasion d'examiner les organes au microscope. Il semble cependant qu'il n'y ait généralement pas d'altérations matérielles.

Notons cependant une observation de M. Klippel faite sur une personne porteuse d'une arthrite tuberculeuse du genou; elle succomba à une affection intercurrente et fut autopsiée. Elle présentait dans la moëlle lombaire un ensemble de lésions consistant en atrophies avec pigmentation des cellules et diminution de leur nombre dans la corne antérieure, ainsi qu'une diminution considérable des prolongements.

Les expériences faites sur les animaux ont donné lieu à des recherches microscopiques: Duplay et Cazin qui ont répété les expériences de Valtat et examiné l'axe médullaire n'ont trouvé aucun trouble, aucune altération perceptible; Raymond est arrivé aux mêmes résultats. Ces études mériteraient d'être reprises avec les perfectionnements de la technique actuelle. En effet, Mignot et Molly, sont arrivés à des résultats positifs; dans huit cas, ils ont constaté une diminution du nombre des grandes cellules motrices de la corne antérieure et ils expliquent la contradiction de leurs résultats comparés à ceux des auteurs précédents par ce fait qu'ils ont sacrifié leurs animaux après u ntemps beaucoup plus long, allant jusqu'à onze mois; ils ont ainsi donné aux lésions le temps d'apparaître. Ces divergences n'ont d'ailleurs rien d'étonnant puisqu'elles existent même en ce qui concerne les amyotrophies classiques.

En ce qui concerne les muscles, M. Raymond leur trouve macroscopiquement une diminution de volume et une diminution de coloration. Au point de vue microscopique, il n'y a pas d'altération évidente, la striation est nette et il n'y a pas de prolifération des noyaux. Il trouve simplement une diminution de la surface de section des fibres allant du tiers au quart, bien constatable si on compare les muscles sains avec leurs homonymes malades. L'atrophie serait due à la disparition de la substance interfibrillaire. Quant aux nerfs ils ne présentaient pas d'altération.

Ces constatations cadrent bien avec les observations cliniques puisque l'atrophie est toujours limitée et qu'elle ne donne pas lieu à la réaction de dégénérescence. Les altérations cellulaires qui ont été découvertes s'expliquent non par une myelite proprement dite mais par un trouble de nutrition des neurones; elles font comprendre pourquoi dans les cas défavorables le mal reste incurable.

Lorsque les phénomènes dont nous parlons arrivent avant l'âge adulte il se produit de curieux troubles de la croissance du membre qui feraient songer à l'existence d'une paralysie infantile. M. Klippel a relaté trois observations de cette nature.

BIBLIOGRAPHIE

SUDECK. Röntgenbilder von Knochenatrophie und deren Rückbildung. 20[e] Kongres d. Deutsch. Ges. für Chirurgie, 1900. (*Fortschritte auf die Gebiete der Röntgenologie,* 1901-02, Bd. V.)

VALTAT. De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations. (Thèse, Paris 1877.)

BALLET et BERNARD. Amyotrophies consécutives aux traumatismes légers de l'extrémité des membres. (*Arch. Génér. de Méd.,* 1900, p. 513.)

CHARCOT. Amyotrophies spéciales d'origine articulaire. (*Progrès Médical,* 1893.)

BABINSKI. Art névrite. TraitéCharcot-Bouchard.— Deroche. Thèse Paris.

RAYMOND. *Revue de Médecine,* 1890, t. 10.

Arthropathie suppurée chez un tabétique devenu paralytique général

par le D[r] CHAUMIER (de Lyon).

Depuis que Charcot a appelé l'attention sur les arthropathies développées au cours du tabes, les faits se sont multipliés. Mais il est une forme d'arthropathie spinale, qui n'est pas fréquente : c'est celle qui se complique de suppuration.

B. Ball en a présenté un cas, Charcot en a cité deux et Raymond

en a présenté un quatrième. Pierre Marie a publié aussi une très intéressante observation d'arthropathie tabétique, se compliquant de suppuration dans le cours d'une pneumonie.

Enfin, Brissaud, Bauer et Gy, tout récemment, en ont rapporté un cas à la Société de Neurologie le 1er juillet 1909.

J'ai eu l'occasion d'observer, en mai dernier, un cas semblable, qui serait le septième, à moins que d'autres n'aient échappé à mes recherches. Quoi qu'il en soit ,l'arthropathie tabétique n'est pas tellement fréquente qu'elle ne mérite pas d'être signalée.

Le cas que j'ai observé se rapproche très étroitement de celui de Charcot, présenté par son élève Bourceret, à la Société anatomique de Paris, le 14 mai 1875 ; il s'en éloigne par cette particularité que l'arthropathie a apparu tardivement. L'arthropathie est plutôt un phénomène de la période préataxiuqe.

F..., 28 ans, imprimeur, syphilitique depuis vingt-deux ans, tabétique depuis dix ans, est devenu paralytique général au cours de l'année 1909. Au mois d'avril de cette année, il a été pris brusquement d'une arthropathie de la hanche gauche, qui, après s'être amendée pendant quelques semaines, a récidivé brusquement, s'est compliquée de suppuration et a emporté le malade en quelques jours.

Le tableau symptomatique a été le même que celui décrit par les auteurs, qui ont observé des cas semblables : phénomènes locaux nuls, pas de douleur à la pression, début insidieux, puis, après une amélioration apparente, marche foudroyante et mort.

A l'autopsie, quantité considérable de pus dans la cavité articulaire largement distendue, capsule perforée en plusieurs endroits, rebord cotyloïde et fémurs érodés et éburnés.

Nanisme mitral et glandes à sécrétion interne

par les

Drs Chevalier-Lavaure (d'Auch) et Voivenel (de Toulouse).

MM. Gilbert et Rathery ont créé en 1900 (*Presse Médicale*) l'expression de « nanisme mitral ». Sous ce nom ils désignèrent un type clinique bien spécial caractérisé par un rétrécissement mitral que seuls les signes physiques dévoilent, et par des troubles dystrophiques dont le plus frappant est la petitesse de la taille. Le malade présente un arrêt de développement qui frappe la masse de l'individu plutôt qu'un appareil spécial.

Le fait est déjà connu. Huchard, dans ses cliniques de l'hôpital Bichat, Gérard dans la thèse de 1894, avaient rapproché de l'infantilisme cardiaque, l'infantilisme général que l'on observe dans le rétrécissement mitral pur.

La pathogénie de cette affection a été comprise de différentes façons : Tripier, en 1880, complétant l'idée ancienne de Rilliet et Barthez, admit la possibilité d'*antécédents héréditaires ou p rsonnels.*

Potain défendit cette théorie. Cette opinion fut combattue par l'un des maîtres, M. le professeur Caubet, dans les *Archives provinciales de Médecine,* 1900.

L'hérédité syphilitique a eu des partisans : Perdreau (*Thèse de Paris* 1896), Combemale (Congrès international de Paris 1900).

Durozier, Samson, Deyce, Duckworth, Büller, Miss Marshall, admettaient la cause commune de toutes les endocardites : *le rhumatisme.* Cette théorie fut d'ailleurs ensuite rejetée par Durozier lui-même qui avouait : « que cette affection se développe sans qu'il soit possible de édcouvrir son origine ». (Voir *Traité clinique des maladies du cœur.*)

En 1882, Dreyfus-Brisac voyait la cause dans les *fièvres éruptives de l'enfance* souvent légères et dans les *diverses manifestations rhumatismales de l'enfance* (torticolis, chorée). Cette opinion ne tient pas devant les faits.

Le professeur Caubet, s'appuyant sur les recherches embryologiques de Gegenbaur et d'Hertwig (*Traité d'Embryologie,* 1900, deuxième édition française) démontra que le rétrécissement congénital est, pendant la vie intra-utérine le résultat d''une entrave apportée à la transformation de la valvule mitrale provisoire en valvule définitive.

Quelles seraient les causes de cet *arrêt de développement?* Hertwig et Kollmann, Gley et Charrin ont montré le rôle des infections et des intoxications qui ont frappé les générateurs.

Après les expériences de Charrin de Delamare sur les cytolysines, l'un de nous, frappé par ce fait que dans toutes les observations compulsées, la mère du malade avait présenté du rétrécissement mitral ou une maladie de cœur non spécifiée, crut pouvoir admettre que les cardiolysines émanées du cœur de la mère viendraient léser les cellules analogues du cœur du fœtus et auraient sur elles l'influence dystrophiante (voir Voivenel in- thèse Raynaud : nature du rétrécissement mitral pur, Toulouse, 1907).

L'idée de congénitalité était hors de doute : Gerhardt en 1857 avait présenté un enfant né au huitième mois et déjà atteint de rétrécissement mitral pur (*Deutsche Klinik,* 14 mars 1857). Duroziez avait écrit que « à voir cet entonnoir si souple et si profond qui caractérise la sténose, on la croirait congénitale ». Les études de Weil, Delpeuch, Rillet et Barthez, Gilbert et Rathery confirmèrent cette opinion.

Dans ces derniers temps sous l'influence de nombreuses recherches sur le rôle des glandes à sécrétion interne, une nouvelle pathogénie a été invoquée : Huchard, dans le second volume des consul-

tations médicales remarque que les symptômes thyroïdiens sont souvent superposés à ceux de certaines cardiopathies, particulièrement à la sténose mitrale, et il prévoit le temps où il faudra soigner celle-ci par la médication opothérapique. Il cite d'abord une vingtaine d'observations prises par lui, une observation de Ménétrier et Bloch qui montre un cas de sclérodermie diffuse améliorée par le traitement thyroïdien (Société médicale des Hôpitaux, 1905).

Nous n'avons pas à souligner les rapports du corps thyroïde avec la sclérodermie : ces rapports sont suffisamment connus depuis les travaux de Balzer (thèse de Bouttier, 1888, Paris ; Jeanselme, Booth Grunfeld, Raymond, Dupré et Guillain, Krieger).

Klippel et Chabrol ont publié récemment un cas de nanisme mitral myxœdémateux (*Revue de Médecine*, 10 mars 1910). Ils ont trouvé à l'autopsie un corps thyroïde très atrophié et sclérosé avec des altérations minimes d'autres glandes vasculaires sanguines.

Notons d'ailleurs en passant que l'infantilisme peut être d'origine pluriglandulaire et l'on connaît l'infantilisme par insuffisance surrénale (thèse de Morlat, Paris, 1903).

Dans l'observation que nous présentons, il s'agit d'un nanisme mitral : taille 1 mètre 29 centimètres ; poids : 23 kilogrammes, chez un homme âgé de 44 ans à son entrée à l'asile) avec corps thyroïde goitreux surtout au niveau du lobe gauche, pigmentation exagérée et déformation des cellules interstitielles du testicule, sclérose de l'hypophyse et des surrénales. Les lésions les plus marquées siègent au niveau du corps thyroïde.

Outre son nanisme et son rétrécissement mitral, ce malade présenta des signes rattachés aux glandes à sécrétion interne : signe du sourcil, œdèmes passagers, frilosité exagérée, facies vieilli et ridé, sclérodermie précédée de trois crises de troubles vaso-moteurs des extrémités : 1° crise d'érythromélalgie en décembre 1908 ; 2° crise d'asphyxie symétrique des extrémités, en février 1909 ; 3° crise d'asphyxie symétrique des extrémités en avril 1909 suivie de sclérodermie peu à peu envahissante, commençant par la sclérodactylie, prenant ensuite le dos du pied, et ayant envahi en septembre 1909 (époque de la mort du malade) les deux pieds et les mains.

Voici l'observation détaillée :

Francis, 44 ans, envoyé de l'hospice d'Auch à l'asile sans présenter aucune manifestation psychique qui puisse en faire un danger pour la sécurité publique.

Les parents étaient grands et forts, n'ont jamais passé pour malades dans le village où ils habitaient. C'est tout ce que nous savons d'eux.

Examen physique : indice cranien, 81.9, donc sous brachycéphale de Broca. Crâne, circonférence, 47 cm. ; courbe antéro-postérieure, 29 ; bitemporal, 23 ; diamètre antéro-postérieur, 16 ; transverse, 13 ; bitempo-

ral, 9.8; bizygomatique, 13; face, hauteur, 9.7; légère asymétrie; signe du sourcil; nez, hauteur, 4 cm.; oreilles, en anse, hauteur, 4.5; lobule soudé, comme il arrive fréquemment dans le nanisme mitral (Gilbert et Rathery); yeux, pas d'inégalité pupillaire; bouche, normale; dents mal implantées, beaucoup sont absentes et celles qui restent sont cariées; palais, forte saillie du torus palatinus; cou, corps thyroïde hypertrophié, dur, le lobe gauche étant beaucoup plus développé que le lobe droit; larynx, peu saillant; thorax, périmètre, 66; colonne vertébrale normale; poumons, quelques râles de congestion aux bases; cœur, roulement diastolique à la pointe, avec souffle présystolique et dédoublement du second bruit.

Le diagnostic de rétrécissement mitral est porté, bien que les symptômes fonctionnels de cette maladie essentiellement « hémoptoïsante, dyspnéisante et emboïisante » soient absents. Le fait a d'ailleurs été souligné par Gilbert et Rathery dans l'article fondamental sur le nanisme mitral.

Pouls petit; examen du sang, 3,250,000 globules rouges; 7,600 globules blancs; hernie inguino-scrotale gauche; large anneau à droite; parois abdominales flasques, abdomen globuleux; foie hypertrophié, rate normale; organes génitaux normaux; membres supérieurs, envergure 1 m. 28; membres inférieurs, œdème passager; force musculaire faible; taille 1 m. 29; poids, 23 kilogrammes; peau couverte de varicosités nombreuses, plaques de sclérodermie très larges à la face dorsale des mains et des pieds. La peau ne se plaisse pas. La transpiration est plus intense et la température plus basse. Il semble qu'à ce niveau la sensibilité soit plus obtuse.

Les renseignements obtenus à l'hôpital d'Auch où l'un de nous vit le malade, nous ont appris que cette sclérodermie a débuté par les orteils et a progressivement envahi tout le pied puis les deux mains et la face. Elle fut précédée de phénomènes vaso-moteurs : 1° en décembre 1908, crise d'érythromélalgie; 2° en février 1909, crise d'asphyxie symétrique des extrémités. Ces faits plaident en faveur de la théorie du Prof. Grasset qui assimile la maladie de Raynaud et la sclérodermie. Sphincters, incontinents semble-t-il par indifférence; urines : ni sucre ni albumine.

Le malade est très frileux. Bien que nous soyons au mois d'août, il demande tous les jours à trois heures de l'après-midi à aller au lit, se plaignant de froid et de fatigue.

Température moyenne, 35°4.

Sensibilités normales sauf au niveau des plaques de sclérodermie où elles paraissent plus obtuses. Réflectivité normale; marche, coordination parfaite des mouvements; vomissements et diarrhée fréquente; parole normale; facies chlorotique vieilli; sommeil normal.

Examen psychique. — Instinct de la conservation diminué. Il mange seul. Fume beaucoup. Sait demander en pleurnichant ce qui lui est nécessaire. Laisse dégoutter les aliments sur ses habits. Ne sait ni s'habiller ni se déshabiller seul. Cependant pleure quand on essaie de lui dérober ce qui lui appartient.

C'est, en somme, la mentalité d'un enfant de quatre à cinq ans. Boudeur, sans la moindre affectivité et sans autre intelligence qu'un rudimentaire instinct de conservation.

Il meurt le 17 septembre à la suite d'accidents intestinaux : diarrhée, vomissements, ictère, algidité. L'autopsie est pratiquée par M. Fontaine, interne.

Poumon : congestion aux deux bases par gêne dans la circulation pulmonaire; anthracose; zones d'emphysème; quelques adhérences pleurales aux bases; poids : droit 189; gauche, 152 grammes.

Cœur : 61 grammes; infantilisme cardiaque tel que le décrit Gérard; surchargé de graisse; globuleux; ventricule gauche atrophié, contrastant avec une forte hypertrophie de l'oreillette (Samways, Thèse Paris 1896); caillots agoniques.

L'orifice mitral a la forme d'un entonnoir; les bords libres des valves sont soudés, leurs faces sont lisses, elles sont légèrement *indurées*, avec des cordages tendineux rétractés. Le sommet de l'entonnoir, très étroit ne laisse pas passer notre petit doigt.

En somme, tableau anatomique à superposer à celui qu'a fait Daunic et que le professeur Caubet donne comme type. Ce tableau d'ailleurs est reproduit dans toutes les observations que nous avons lues : Hoersheim (in thèse Gérard), Samways *(loc. cit.)*, Weber et Deguy (*Archives de médecine expérimentale*, 1897), Baylac (*Toulouse médical*, 1906).

L'aorte est très petite et son ouverture a à peine six millimètres de diamètre; caillots agoniques; foie hypertrophié : 1,570 grammes, descend jusqu'à la fosse iliaque droite; le lobe gauche est à peine ébauché; foie gras; rate normale; estomac dilaté; intestin grêle fortement congestionné; gros intestin météorisé; côlon transverse en accordéon. A l'ouverture, plaques de Peyer très saillantes et indurées; rein droit mobile avec uretère en Y; crâne, os bien soudés; pas d'os wormiens; quelques adhérences méningitiques le long de la faux. Le corps thyroïde est goitreux et d'apparence sclérosée. L'hypophyse, les testicules et les surrénales paraissent macroscopiquement normales, mais l'examen histologique fait par M. le Dr Chevalier-Lavaure montra partout des lésions de sclérose très marquées.

M. Chevalier-Lavaure souffrant, n'ayant pu au dernier moment venir porter lui-même son observation histologique détaillée, la publiera prochainement avec photographies des coupes.

Ainsi donc, notre malade a présenté au grand complet le syndrome appelé par Hertoghe l'« hypothyroïdie bénigne chronique » (*Nouvelle iconog. de la Salpêtrière* 1899), l'ensemble de ces petits signes permanents d' « hypothyroïdisme » magistralement décrit par Léopold Lévy et Henri de Rothschild (physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse, Paris 1908) ; œdèmes localisés et transitoires, signe du sourcil, refroidissement des extrémités, frilosité, sensation de fatigue, diarrhée, enfin la sclérodectomie et à l'autopsie, sclérose de toutes les glandes endocrines.

Pouvons-nous admettre une relation de relation à effet, entre l'in suffisance glandulaire et la sténose mitrale et même nier à celle-ci sa qualité de congénitale? C'est possible. Ne savons-nous pas, en effet, que les lésions thyroïdiennes sont fréquentes dans les maladies

infectieuses de l'enfance, époque à laquelle apparaissent les premiers symptômes du rétrécissement mitral.

L'observation de ces thyroïdites infectieuses (Jansen, *Archives de Médecine,* 1893) montre qu'elles sont capables de donner naissance à de la sténose mitrale « avec développement incomplet du sujet, nanisme, parfois aspect chlorotique, etc. ».

Enfin y aurait-il un inconvénient à rapprocher de l'aspect de la sclérodermie générale, l'aspect de la valvule, sans végétation, sans tissu cicatriciel et pourtant induré. Galloit a bien décrit les endocardites adénoïdiennes et l'on admet bien avec Hertoghe que les végétations adénoïdes sont le plus souvent d'origine thyroïdienne.

Nous ne formulons aucune théorie. Nous donnons une observation nouvelle qui montre en tout cas que les altérations des glandes à sécrétion interne peuvent jouer un certain rôle dans le nanisme mitral. Touchées elles aussi par la dystrophie héréditaire dont la cause est forcément variée, elles surajoutent leur action nocive que l'opothérapie doit chercher à compenser. Il se peut que leur action se localise sur le cœur comme elle se localise aussi sur le système sanguin, dans la chlorose par exemple pour laquelle Dalché a invoqué l'influence de l'insuffisance ovarienne (1).

Discussion

M. Henry MEIGE (de Paris). — Je regrette que l'intéressante observation de MM. Chevalier-Lavaure et Voivenel soit étiquetée « nanisme mitral ». Cette désignation attire l'attention sur une particularité anatomique, dont l'existence n'est pas contestable, mais dont la signification pathogénique a été fort exagérée. On est tenté de croire que la lésion mitrale est la cause même du nanisme. Rien n'est moins démontré. Tout porte à croire au contraire que l'exiguité de l'orifice mitral n'est elle-même qu'un des nombreux troubles dystrophiques qui s'observent chez des sujets arrêtés ou retardés dans leur développement.

Les causes de ces arrêts du développement sont multiples.

Si l'on veut invoquer l'insuffisance de l'irrigation vasculaire, on peut, comme l'a fait Brissaud, considérer qu'il existe, chez certains sujets, une angustie de tout l'arbre artériel, orifice mitral compris, une *anangioplasie* généralisée, dont la conséquence est un arrêt global de la croissance, qui se traduit cliniquement par le type Lorain de l'infantilisme.

Mais on doit attacher une plus grande importance pathogénique aux altérations fonctionnelles des glandes à secrétions internes. Pour ne

---

(1) Nous signalons l'existence du côté droit d'un uretère en Y : suffisamment rare pour que Delaboudinière, dans sa thèse sur les anomalies urétérales, n'en ait donné que deux cas.

Uteau en présenta un cas à la Société Anatomique de Paris, le 6 janvier 1905.

parler que de la thyroïde, son hypofonction se traduit cliniquement par un syndrome myxœdémateux que réalisent les nains myxœdémateux et les infantiles du type Brissaud.

Le sujet dont MM. Chevalier-Lavaure et Voivenel ont rapporté l'histoire paraît être un de ces types complexes dont les exemples ne sont pas rares, et qui ne sont ni de purs anagioplasiques ni de vrais hypothyroïdiens. C'est pour eux qu'on a imaginé l'hypothèse pathogénique d'une insuffisance pluri-glandulaire, hypothèse parfaitement logique, mais qui ne doit pas faire oublier l'ignorance où nous sommes encore du rôle exact des glandes à secrétions internes sur le développement de l'individu.

Les désignations de « nanisme mitral » ou « d'insuffisance pluriglandulaire » sont l'une et l'autre défectueuses : la première risque de créer une confusion, en laissant supposer que la lésion mitrale peut être la cause unique d'un arrêt du développement général; la seconde n'aura de signification précise que le jour où sera connue l'action des différentes sécrétions endocriniennes.

Ces critiques terminologiques ne sont pas superflues. L'adoption prématurée de certaines étiquettes morbides est préjudiciable à l'observation clinique. L'emploi d'un terme qui ne préjuge rien de l'origine des dystrophies me paraît préférable quand on est encore dans l'ignorance de leurs causes et de leur nature. Il suffit que ce terme traduise une impression clinique générale, dont la réalité ne soit pas contestable, sans refléter aucune théorie, aucune hypothèse. C'est pourquoi le mot de *chétivisme*, proposé par M. Bauer, mériterait, en attendant, d'être adopté.

M. VOIVENEL dit qu'il a employé le mot « nanisme mitral » simplement parce que c'est la dénomination qui a été créée par Gilbert et Rathery. En réalité, il pense avec M. Meige, que la dystrophie cardiaque n'a ici qu'une valeur accessoire. Nanisme et lésion cardiaque sont dus à une cause commune.

Sur le dermographisme et sa valeur diagnostique

par le Dr H. FAUCONNIER (de Liége)

Dans sa signification la plus large, le mot dermographisme s'applique à la réaction vaso-motrice de la peau qui se manifeste à la suite de frictions faites sur celle-ci à l'aide d'un corp dur. Mais quand on emploie ce terme en clinique, on doit avoir en vue une réaction anormale, un symptôme morbide.

En quoi consiste cette réaction anormale? Quand peut-on dire qu'il y a dermographisme au sens clinique du mot? Quelle est la signification de la réaction vaso-motrice anormale?

Telles sont les questions que je me suis posées et que j'ai tâché

d'élucider en recherchant la réaction vaso-motrice chez des individus sains et chez des individus atteints d'affections diverses, notamment de psychoses et de névroses.

Il importait d'abord d'adopter une technique déterminée et invariable. En effet, la production des raies dermographiques et surtout l'intensité avec laquelle ces raies se manifestent, se trouvent sous la dépendance immédiate de l'instrument qui sert à les faire apparaître. Il est bien évident, en effet, qu'il doit exister des différences suivant que ce dernier sera plus ou moins dur, plus ou moins rugueux, suivant que la substance dont il est fait sera du métal, du bois, de l'ivoire ou autre. D'autre part, l'intensité de la pression exercée sur cet instrument peut varier énormément, non seulement d'un expérimentateur à l'autre, mais encore pour un seul expérimentateur envisagé à des moments différents, ce qui doit également amener des variations notables dans les résultats obtenus. Enfin, il y a lieu de tenir compte de la force plus ou moins grande de réaction que sont susceptibles de présenter les diverses régions cutanées aux frictions dont elles sont l'objet.

Me basant sur ces considérations, je me suis appliqué à toujours opérer dans des conditions identiques afin d'obtenir des fiches pouvant être comparées entre elles.

Je me suis toujours servi du même instrument qui, en l'occurence, était une baguette cylindrique ou plutôt légèrement conoïde faite d'un bois assez tendre, dont l'extrémité destinée à être mise en rapport avec la peau était régulièrement arrondie et ne présentait aucune aspérité susceptible, même sous l'action d'une pression assez forte, d'amener des égratignures ou des éraflures de l'épiderme.

Cela étant, je me suis évertué, dans la mesure du possible, a appuyer toujours de la même manière et avec la même force sur cet instrument de façon à obtenir des frictions de la peau d'une intensité toujours la même.

Enfin, ce furent toujours les mêmes régions du corps qui furent mises en expérience à savoir : d'une part, la poitrine à droite et à gauche du sternum, d'autre part, le dos à droite et à gauche de la colonne vertébrale; chacun de ces quatre endroits était marqué de trois traits, deux verticaux et un oblique dont l'ensemble figurait un N.

Ces conditions furent suffisamment respectées pour que, expérimentant sur des mêmes individus à trois semaines et même, à trois mois d'intervalle, j'aie pu obtenir des résultats identiques.

Les résultats que je vais maintenant indiquer sont ceux que j'ai observés à la suite de frictions faites sur la peau non de la poitrine, mais uniquement du dos.

Il existe, en effet, au point de vue dermographique une différence très notable entre ces deux régions: *la poitrine réagit beaucoup moins que le dos*. C'est là une règle à laquelle n'a échappé aucun

des sujets que j'ai observés : s'il s'agit d'un dermographisme plan, les raies persistent beaucoup moins longtemps et sont moins colorées sur la face antérieure que sur la face postérieure du thorax ; s'il s'agit d'un dermographisme en relief, l'élevure de ce dernier est beaucoup moindre en avant qu'en arrière ou, ce qui arrive très fréquemment, elle n'existe que dans le dos, la poitrine, elle, présentant un dermographisme plat.

Mes recherches ont porté sur 120 sujets pathologiques chez lesquels la persistance des raies a varié de quelques minutes à deux heures et demie ; leur aspect du léger trait à peine rosé à la ligne rouge vif, du simple bourrelet légèrement saillant au cordon induré et fortement surélevé, toutes les transitions imaginables trouvant du reste place entre ces extrêmes. Il n'y a, en effet, aucune limite bien tranchée d'un cas à l'autre et la classification qu'on peut tenter d'établir est de pure convention. Cette classification pourrait, par exemple, comprendre trois catégories qui se répartiraient de la façon suivante :

1. Raies persistant 15 minutes ou moins ; 2. raies persistant 15 minutes ou davantage ; 3. dermographisme proprement dit ou dermographisme en relief auquel se rattache le grand dermographisme qui constitue, en quelque sorte, une maladie essentielle, en ce sens du moins qu'elle est l'objet principal, sinon exclusif des plaintes du malade.

Première catégorie

J'ai rencontré le dermographisme plan avec une durée maximale de 15 minutes dans les affections suivantes :

Affections du cœur et des poumons	9
Mal de Pott	1
Maladie de Basedow	1
Tabes	3
Hémiplégie	1
Alcoolisme	3
Neurasthénie	2
Mégalomanie chez dégénéré	1
Faiblesse d'esprit	1
Démence sénile	1
Démence précoce	3
Epilepsie	1
Paralysie générale	4
Névrose traumatique	24
Urticaire	2
Total	57

C'est là un phénomène banal que l'on rencontre dans des affections étrangères au système nerveux et même chez des individus sains. De ces derniers cas, il n'a pas été tenu compte dans le tableau qui précède parce je les ai recueillis au hasard de mon entourage, sans en tenir note.

On remarquera que la névrose traumatique est largement représentée dans cette catégorie, alors que je n'en aurai que deux cas à signaler pour les deux catégories suivantes. En sorte que vingt-quafois sur vingt-six, la réaction fut banale.

Si l'on signale si fréquemment la dermographie dans les rapports d'expertise relatifs à des cas de l'espèce, c'est, sans doute, d'une manière abusive : on inscrit comme manifestation pathologique un phénomène qui s'observe couramment, même chez l'individu sain.

Deuxième catégorie

Lorsque les raies sont très accusées et persistent au-delà d'un quart d'heure, on se trouve devant un fait qui sort de l'ordinaire.

Je l'ai rencontré dix-huit fois et ce, dans les cas suivants :

Acromégalie	1
Alcoolisme	1
Hémiplégie	1
Sclérose latérale	1
Faiblesse mentale	3
Méningite	1
Démence précoce	1
Epilepsie	4
Paralysie générale	4
Sujet accusant des troubles nerveux post-traumatiques, mais reconnu comme simulateur..	1

Troisième catégorie

Ce que l'on peut appeler le grand dermographisme se trouve réalisé dans l'observation suivante: Il s'agit d'un homme de trente ans, renseignant comme antécédents héréditaires : mère en vie, deux frères, quatre sœurs « tous petits, maigres et nerveux », père mort accidentellement. Antécédents personnels : pas de convulsions ; somnambulisme nocturne de 10 à 12 ans ; ne se souvient pas d'énurèse nocturne ; à 18 ans, crampes d'estomac, ictère, crises de coliques hépatiques.

L'affection elle-même a débuté il y cinq ans par des insomnies et du prurit dans le dos. Il y a quatre ans, s'étant livré à un travail d'emballage assez actif, le malade a vu apparaître à la main comme

des piqûres d'orties. Le malade a été alors à l'hôpital où on a constaté des élevures un peu sur tout le corps et où on lui a ordonné des pommades diverses qui sont restées sans effet. Il s'est alors rendu dans une autre clinique où on lui a prescrit une lotion à la résorcine (5 %) qui a apaisé les démangeaisons et où on lui a fait suivre, en outre, un traitement arsenical : liqueur Fowler, cacodylate de soude.

Je vois le malade, pour la première fois, le 4 janvier 1910. Il n'a plus été incommodé jusqu'il y a deux ans d'ici, époque à laquelle ça a recommencé. Il lui suffit de s'essuyer la figure pour qu'elle devienne toute rouge ; il ne peut se raser tant cela lui fait de mal (1). Ce sont les parties latérales du tronc qui sont les plus sensibles. Quand il lui arrive de se gratter, en dormant par exemple, il se réveille tant la douleur est forte .Les membres sont beaucoup moins sensibles.

Epreuve dermographique :

A 11 heures 5 minutes, je trace des N à droite et à gauche du dos et de la poitrine et ils apparaissent aussitôt en traits rouges et plans bientôt entourés d'une aréole diffuse très étendue.

A 11 heures 10 minutes, le malade ressent des piqûres ortiées très fortes. Les N sont devenus de gros cordons indurés dont l'élevure va en s'accentuant pour atteindre le summum (environ un centimètre à la crête), à 11 heures 15 minutes.

A 11 heures 20 minutes, le bourrelet commence à diminuer de saillie en même temps qu'il s'élargit. Il semble s'affaisser.

A 11 heures 35 minutes, les phénomènes continuent à s'atténuer insensiblement, mais quand nous cessons l'expérience à 11 heures 50 minutes, les raies sont toujours très nettes et sont loin d'avoir disparu.

Le 20 janvier 1910. Examen somatique : langue large, crevassée, à peine tremblante ; paupières légèrement palpitantes ; léger tremblement des mains dans l'extension.

Réflexes : radio-bicipital, assez net ; rotulien, exagéré ; achilléen, très net ; abdominal, de même.

Le malade reprend le traitement arsenical.

Le 8 mars 1910, il nous dit n'avoir jamais si bien dormi qu'actuellement et ne plus ressentir de démangeaison.

Le 26 avril 1910, ressent de nouveau des démangeaisons si vives que, dit-il, « c'est une véritable brûlure ; je m'arracherais bien la peau ».

Intermittences du pouls, pas de dyspnée ni de palpitations, dort bien. Continuera l'arseniate de soude.

---

(1) Un cas analogue est signalé dans la *Soc. derm. de Moscou, 31-1-1892.* Le sujet quand il se lavait ou s'essuyait, voyait sa peau devenir œdémateuse et douloureuse.

Le 31 mai 1910, n'éprouve plus guère de prurit.

Dans les conditions où se présente le dermographisme chez notre malade, il peut être considéré comme une névrose de la peau, névrose qui est elle-même la manifestation d'un état névropathique général. Chez notre malade cette névropathie générale se manifestait par les insomnies qui accompagnaient le dermographisme, par les antécédents du sujet (somnambulisme), par l'augmentation de la réflectivité profonde. C'est le seul exemple de grand dermographisme que j'aie eu l'occasion d'observer.

Quant au dermographisme en relief, je l'ai rencontré dans les cas suivants :

Mélancolie	1
Hystérie	1
Alcoolisme	1
Maladie de Basedow	2
Débilité mentale	9
Démence précoce	9
Epilepsie	7
Paralysie générale	10
Urticaire	2
Névrose traumatique	1
Total	43

Le dermographisme en relief paraît franchement pathologique. Tous ceux qui me l'ont présenté appartiennent au groupe des névropathes ou des psychopathes et ce sont particulièrement les paralytiques généraux, les déments précoces et les épileptiques.

Sur les 17 observations de paralytiques généraux, à diagnostic bien établi, que j'ai recueillies, trois seulement rentrent dans le dermographisme fruste, tandis que quatre présentent le dermographisme persistant de 15 à 35 minutes et dix le dermographisme en relief. Sans y insister nullement, je ferai remarquer que la paralysie générale est une méningo-encéphalite, une espèce de méningite chronique et que dans la méningite, le dermographisme, qui prend alors le nom de raie méningitique, est considéré comme un signe important.

Pour la démence précoce, sur les douze cas que j'ai examinés, trois rentrent dans la première catégorie, un dans la deuxième (avec persistance des raies d'une demie-heure et plus), neuf dans la troisième avec une durée de un à trois quarts d'heure.

Pour l'épilepsie, sur douze cas, je n'en ai noté que deux appartenant à la première classe, alors qu'il y en avait quatre sans bourrelet (30 minutes) et sept avec bourrelet (25 à 50 minutes).

Il convient de signaler relativement à cette dernière affection le travail de C. Féré et H. Lamy sur le dermographisme (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* 1889) où sur 130 observations de maladies nerveuses diverses et d'épilepsie, les auteurs signalent qu'ils ont reconnu :

Le grand dermographisme	7 fois
Le dermographisme moyen	8 fois
Le dermographisme faible	21 fois

et rien dans les autres cas.

Quant à cette proposition émise par Féré et Lamy et d'après laquelle « les accès déprimeraient l'excitabilité de la peau, c'est-à-dire que, après ceux-ci, le dermographisme baisserait ou disparaîtrait », je n'ai pu la vérifier. J'ai, en effet, eu l'occasion à maintes reprises, d'examiner des épileptiques encore sous le coup d'accès récents, sans que rien fut changé du côté du dermographisme, celui-ci se manifestant avec les mêmes caractères de rougeur et éventuellement d'élevure œdémateuse qu'avant la crise. Une fois même, chez un malade que je venais de mettre en expérience, alors que le jour même il avait déjà eu trois accès, survint une série de sept attaques qui, pas plus que les trois précédentes, n'eurent une influence quelconque sur le dermographisme lequel, chez ce sujet, se présentait à la poitrine en un cordon bien blanc, tranchant sur le fond rouge d'une aréole érythémateuse s'étendant assez loin et au dos en un bourrelet rouge très saillant sans pour ainsi dire de zone aréolaire.

Je termine en faisant, au sujet de l'urticaire, la remarque suivante : la vaso-dilatation des vaisseaux cutanés peut être amenée par l'action d'agents toxiques d'origine endogène alors que les excitations mécaniques restent sans effet. On peut constater, en effet, la dissociation de ces deux éléments, en ce sens que, alors qu'on a affaire à des urticaires spontanées, où par conséquent l'agent toxique fait sentir son action, on voit, dans certains cas, échouer l'excitation mécanique qui, en l'occurence, consiste dans les frictions produites à l'aide de la baguette dermographique.

En résumé, donc, on peut dire que en tant que phénomène pathologique, le dermographisme se montre sous deux formes :

1° Sous forme de bourrelets blancs, roses ou rouges, c'est le *dermographisme en relief*. On peut le considérer comme un stigmate de névropathie.

Je l'ai constaté dans une assez forte proportion de cas d'épilepsie, de démence précoce, de paralysie générale ;

2° Sous forme de traînées roses ou rouges persistantes, c'est le *dermographisme plat*.

L'apparition de traînées rouges et leur persistance pendant un temps inférieur à un quart d'heure est un phénomène banal se présentant chez des individus sains ou chez des sujets atteints des affections les plus diverses.

On ne peut leur attribuer un caractère anormal que lorsqu'elles subsistent plus d'un quart d'heure. Je les ai observées dans ces conditions chez bon nombre d'épileptiques, de déments précoces, de paralytiques généraux; je ne les ai rencontrées que dans une proportion très faible de névrosés traumatiques.

Si on voit souvent mentionnée la dermographie dans des rapports d'expertise relatifs à des cas de névrose traumatique, c'est sans doute parce que l'on tient abusivement compte d'une réaction vaso-motrice d'ordre banal.

Même dans les cas où le dermographisme présente un caractère pathologique accentué, on ne saurait lui attribuer une signification bien précise. Il indique seulement un état de nervosité, comme l'hyperéflectibilité, comme les tremblements, etc.

Il importe d'ailleurs de remarquer que les résultats produits par la friction de la peau varient avec la technique adoptée et la région cutanée. Les réactions vaso-motrices sont régulièrement plus vives au dos qu'à la poitrine.

Quelques faits sur le cervelet

par le Dr Ant. Giraud (de Lyon)

Depuis plusieurs années, au laboratoire du Prof. Pierret, nous nous sommes occupés, sous la direction du Dr Taty, de recherches sur le cervelet. Nos différentes communications peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Il peut y avoir destruction totale d'une grosse partie du cervelet sans aucun des symptômes cliniques dit cérébelleux (Congrès de Nantes, en collaboration avec le Dr Rousset).

2° Dans les chorées, le maximum de méningo-encéphalite est situé dans le cervelet (*Revue de Médecine*, 1910, en collaboration avec le Prof. J. Lépine).

3° Le sens visuel est localisé dans le flocullus (en collaboration avec le Dr Taty, Congrès de Pau-Rennes).

4° Application dans l'idiotie de la loi de Taty concernant les démences. Dans l'idiotie comme dans les démences, le cervelet reproduit les altérations cérébrales avec un retard dans l'évolution et une diminution dans l'intensité (Congrès de Pau).

Nous publions aujourd'hui un cas anatomo-clinique, vérification d'une partie des travaux précédents.

Il s'agit d'une spécifique aveugle et paralytique générale classique suivie pendant deux ans dans le service du Dr Viallon à l'obligeance duquel nous devons les pièces. Rien de particulier cliniquement. A l'examen, nous trouvons dans le cervelet les altérations types des démences : raréfaction et atrophie des cellules de Purkinje pâles et à noyaux rétractés, sans prolongement. Mêmes caractères, en moins avancé que les lésions cérébrales.

Les flocculi sont notablement diminués de volume et les coupes nous montrent des lésions considérables par rapport aux précédentes. Des territoires entiers sont privés des cellules de Purkinje et grains à peu près complètement atrophiés, les lésions schématiques et visibles aux faibles grossissement sont superposables absolument à celles observées jadis chez les idiots aveugles-né.

Il manque des liens synthétiques à l'ensemble de ces faits anatomo-cliniques.

Nous n'avons d'autre prétention que les signaler.

Convulsions de la face
Une forme clinique de convulsion faciale bilatérale et médiane

par Henry Meige (de Paris)

Les mouvements convulsifs dont la face est le siège ont été longtemps confondus entre eux. A la suite des travaux de Brissaud (1) une étude attentive des caractères objectifs des convulsions faciales a permis d'opérer une première distinction : les tics de la face ont été séparés des spasmes faciaux.

On admet donc aujourd'hui qu'il existe deux variétés principales de convulsions faciales : les *tics* et les *spasmes*.

Les caractères des *tics de la face* sont suffisamment connus pour qu'il soit superflu d'y insister (2) : ce sont des contractions, généralement brusques, d'un ou de plusieurs muscles faciaux, unilatérales ou bilatérales, coïncidant ou alternant avec d'autres tics de la tête ou des membres, reproduisant, plus ou moins exagérés ou déformés, certains gestes fonctionnels ou mimiques : un clignement des paupières, un reniflement, une moue, une grimace quelconque,

---

(1) Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses. 1re série 1894. Tics et spasmes de la face.

(2) Meige et Feindel. *Les Tics et leur traitement*, 1902.

etc. Les contractions musculaires se produisent dans la totalité d'un ou de plusieurs muscles; le groupement de ces muscles ne correspond pas nécessairement à un territoire nerveux anatomiquement défini, ce groupement est plutôt fonctionnel. Enfin, l'attention, la volonté ont une action inhibitrice certaine, plus ou moins durable sur les tics de la face, comme sur tous les tics en général.

Le *spasme facial* a des caractères objectifs tout à fait différents (1). Nous avons analysé pour la première fois ces caractères dans une communication faite au Congrès de Bruxelles, en 1903. Le spasme facial, dans l'immense majorité des cas, est unilatéral: c'est un *hémispasme* de la face. Les convulsions se produisent uniquement dans le territoire du nerf facial; suivant les cas, elles prédominent dans le facial supérieur ou le facial inférieur. Leur forme objective est bien différente de celle des tics: au lieu de se manifester brusquement dans la totalité d'un muscle, ces contractions sont d'abord *parcellaires,* erratiques, puis, en se généralisant représentent l'aspect d'une *contracture frémissante.* Elles sont indolores; elles sont illogiques et expressives. Le masque dimidié du sujet est dépourvu de toute signification mimique.

Parfois, le phénomène s'accompagne de *troubles vaso-moteurs,* poussées de rougeur ou de sueur, superposées aux convulsions faciales; on peut même observer en dehors des accès la persistance d'un état œdémateux des téguments (*hémiface succulente*) (2). Lannois, André Thomas, Roasenda ont signalé également des *troubles auditifs unilatéraux.*

Enfin, fait capital, le *spasme facial persiste pendant le sommeil.* Les efforts de volonté, d'attention sont sans effets sur lui. Aucune confusion n'est donc possible avec un tic de la face.

D'autres caractères, bien mis en valeur par M. Babinski (3), facilitent encore la distinction du spasme facial, notamment l'*incurvation du nez,* l'existence d'une *fossette mentonnière,* et parfois des *mouvements du pavillon de l'oreille* du côté où siège le spasme; enfin la *contraction simultanée du muscle frontal et de l'orbiculaire des paupières au moment de l'occlusion des yeux* (synergie paradoxale).

Sans doute, il se présente en clinique des cas où les secousses faciales ont une plus grande brusquerie, qui les rapproche, en apparence au moins, de celles de la plupart des tics faciaux. Mais

---

(1) HENRY MEIGE. *Compte rendu du Congrès des aliénistes et neurologistes,* Bruxelles août 1903, et *Revue neurologique,* 30 octobre 1903.

(2) HENRY MEIGE. XIV[e] Congrès des aliénistes et neurologistes, Pau 1904. *Revue neurologique,* 30 septembre 1904.

(3) BABINSKI. Hémispasme facial périphérique. *Société de Neurologie de Paris,* 6 avril 1905; *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* numéro 4, 1905.

cette forme de *spasme facial clonique,* dont Lamy a rapporté un bel exemple (1), n'est pas la plus fréquente.

Au contraire, le spasme facial qui présente tous les caractères distinctifs énumérés précédemment est le plus commun. Il est franchement *unilatéral* dans la grande majorité des cas, et mérite bien alors le nom *d'hémispasme facial;* Babinski y ajoute le qualificatif de *périphérique.* Et, en effet, le plus souvent les phénomènes irritatifs qui produisent les contractions paraissent siéger sur le trajet périphérique du nerf facial ou sur son noyau. Des observations anatomo-cliniques, bien étudiées par André-Thomas, sont venu corroborer cette manière de voir (2).

Si le spasme facial est souvent primitif il n'est pas rare de le voir succéder à une paralysie faciale. Huet a tenté de différencier cliniquement cette forme d'*hémispasme facial post-paralytique* (3). Le principal élément de diagnostic parait être la persistance d'un état parétique ou contractural de l'hémiface, dans l'intervalle des accès spasmodiques. On a décrit aussi un hémispasme facial préparalytique, qui est beaucoup plus rare (4). Plusieurs auteurs tendent à admettre une équivalence parfaite entre l'hémispasme facial périphérique et la paralysie faciale périphérique (Negro, Roasenda). Chez une femme atteinte de paralysie faciale bilatérale, Bouchaud a vu survenir un hémispasme facial droit, tandis que la moitié gauche de la face restait à l'état de paralysie flasque (*Journal de Neurologie,* numéro 10, 1909).

Enfin, Brissaud et Sicard ont fait connaître, en 1908, un autre type clinique : l'*hémispasme facial alterne* (5). Il s'agit d'un syndrome mésencéphalique, caractérisé par un hémispasme facial associé à des troubles de la motilité des membres du côté opposé, vraisemblablement provoqué par une lésion hémiprotubérantielle, superficielle ou peu profonde, généralement d'origine syphilitique. Anatomiquement, cette forme se distingue donc de l'hémispasme facial périphérique. Au point de vue clinique, les caractères objectifs des contractions musculaires ne semblent pas différer sensiblement.

---

(1) LAMY. Hémispasme facial clonique. *Société de Neurologie de Paris,* 6 juillet 1905; *Revue Neurologique,* 1905, p. 754.

(2) ANDRÉ-THOMAS. Hémispasme facial périphérique avec paralysie faciale, *Société de Neurologie de Paris,* 4 juillet et 5 décembre 1907; *Revue Neurologique,* 1907, pp. 746 et 1273.

(3) HUET. *Société de Neurologie de Paris,* 6 avril 1905.

(4) CRUCHET. Hémispasme facial post-paralytique. *Revue Neurologique,* 30 octobre 1905.

(5) BRISSAUD et SICARD. *Société de Neurologie de Paris,* 9 janvier 1908. *Revue Neurologique,* 1908, p. 87.

Il ne paraît guère douteux, d'ailleurs, que certains spasmes faciaux puissent reconnaître comme cause des lésions du mésencéphale. Brissaud, Sicard et Tanon ont rapporté une belle observation d'un sujet atteint de paralysie faciale gauche associée à un spasme facial droit, qui présentait des signes certains d'une lésion méningo-mésencéphalique : céphalée, diplopie, lymphocytose rachidienne (1). Ricaldoni a publié un cas remarquable d'hémispasme facial résiduel consécutif à une paralysie associée bilatérale de la sixième et de la septième paire (2).

Claude et Lejonne ont rapporté (*Encéphale*, 1907, numéro 9) un exemple d'hémispasme faciale droit accompagné de mouvements convulsifs des muscles du pharynx et du larynx survenant à l'occasion des mouvements de phonation et aussi de déglutition. Ils admettent que ces accidents sont causés par une double lésion, l'une dans le pédoncule cérébral droit, l'autre, dans la région juxtathalamique gauche, irritant le faisceau géniculé. D'où le nom de spasme géniculé proposé pour ce spasme facial survenant à l'occasion de certains mouvements volontaires.

L'hémispasme peut aussi être associé à d'autres phénomènes spasmodiques intéressants les muscles du cou et de la ceinture scapulaire. (Cas de Rimbaud et Anglada, *Nouvelle Iconographie de la Salpétrière*, numéro 2, 1909.)

Des phénomènes convulsifs s'observent aussi dans la *névralgie du trijumeau*. De Massary (3) admet que ces accidents sont tantôt des réactions de défense analogues à certains tics (dans les cas de névralgie du trijumeau d'origine périphérique), tantôt des réactions franchement spasmodiques (lorsque la névralgie est d'origine centrale et que la cause irritable agit à la fois sur le trijumeau et sur le facial). Une très intéressante observation de Bouchaud (de Lille) tend à prouver la réalité des phénomènes spasmodiques consécutifs à l'irritation du trijumeau (4).

En somme, comme l'a dit Brissaud, le spasme peut être causé par une irritation d'un point quelconque d'un arc réflexe. Pour les spasmes de la face, il ne paraît pas douteux que le plus grand nom-

---

(1) BRISSAUD, SICARD et TANON. *Société de Neurologie de Paris*, 1906; *Revue Neurologique*, 1906, p. 779.

(2) RICALDONI. Paralysie associée bilatérale de la VIe et de la VIIe paires, etc. *Revue Neurologique*, numéro 5, 15 mars 1910.

(3) DE MASSARY. *Société de Neurologie de Paris*, 6 avril 1905 ; *Revue Neurologique*, 1905, p. 450.

(4) BOUCHAUD. Névralgie de la face du côté droit et hémispasme du même côté. *Revue Neurologique*, 15 septembre 1908.

bre des cas sont dus à une lésion irritative de la voie centrifuge, c'est-à-dire du nerf facial. D'autre cas relèvent d'une irritation du noyau du facial et s'accompagnent de signes d'une lésion du mésencéphale. Quant aux irritations portant sur la voie centripète, le trijumeau, il est logique d'admettre, et il paraît certain qu'elles provoquent des réactions motrices dans le domaine du facial, réactions qui, par leurs caractères objectifs, se rapprochent tantôt des tics, tantôt des spasmes.

Quant aux convulsions faciales qui s'observent à la suite d'une irritation de l'écorce, notamment au cours d'une crise jacksonienne, nous avons soutenu depuis longtemps qu'elles ne présentent pas les caractères de celles des hémispasmes faciaux. Le fait a été confirmé par les observations de Babinski (1) et par celles de Vincent (2).

Dans le *spasme facial cortical,* le phénomène convulsif envahit progressivement les muscles de la face, sans qu'on puisse constater la déviation du nez, la fossette mentonnière. La contraction du frontal cesse quand l'occlusion des paupières se fait ; il n'y a pas de synergie paradoxale (Vincent).

C'est uniquement pour mémoire qu'on peut rappeler ici l'*hémispasme glosso-labié,* considéré jadis comme une manifestation de l'hystérie, et qui n'a rien à voir avec les phénomènes franchement spasmodiques tels qu'on les conçoit aujourd'hui. C'est une sorte de tic, une grimace convulsive.

Aucune confusion ne peut s'établir davantage avec les contractions faciales de choréiques, irrégulières, inconstantes, onduleuses, aberrantes (3).

Dans toutes les formes cliniques que nous venons de remémorer, l'unilatéralité des accidents spasmodiques est la règle. On doit cependant admettre l'existence du *spasme facial double.*

Sicord a présenté récemment, à la Société de Neurologie de Paris, un cas remarquable de *bispasme facial* (4). Les accidents ont débuté par un hémispasme facial gauche auquel s'est surajouté un hémi-

---

(1) Babinsky. *Loc. cit. Revue Neurologique*, 1905, p. 446.

(2) Vincent. *Société de Neurologie*, 7 décembre 1907 ; *Revue Neurologique*, 1907, p. 1299.

(3) Variot et Bounjot ont signalé (*Société médicale des Hôpitaux*, 21 janvier 1909) l'existence, chez de jeunes enfants, d'un hémispasme de la lèvre inférieure chaque fois que la bouche entre en activité. Ils admettent que ce trouble convulsif n'est pas sous la dépendance du nerf facial, mais qu'il s'agit d'un phénomène musculaire (hémiatonie musculaire congénitale).

(4) Sicard. Bispasme facial. *Société de Neurologie de Paris*, 7 juillet 1910 ; *Revue Neurologique*, 30 juillet 1910, p. 119.

spasme facial droit. Dans les crises spasmodiques, qui sont fréquentes, les contractions débutent tantôt à droite, tantôt à gauche; les deux moitiés de la face sont atteintes, tantôt isolément, tantôt simultanément. Ce fait, d'un très grand intérêt, est exceptionnel. Il ne peut, d'ailleurs, être assimilié au phénomène qu'on observe parfois dans l'hémispasme facial périphérique, lorsque, à l'apogée d'une crise, on voit se produire quelques contractions dans la moitié indemne de la face; il ne s'agit alors, vraisemblablement, que d'une extension du phénomène spasmodique à la suite du processus irratif d'après la loi de Pflüger concernant la propagation des réflexes.

Pour ma part, je n'ai pas eu l'occasion d'observer de faits semblables au cas de Sicard. J'ai seulement vu un cas d'*hémispasme* facial à bascule, dans lequel les accidents convulsifs, localisés d'abord à un côté de la face, ont disparu, pour reparaître quelque temps après du côté opposé.

Telles sont les principales variétés de convulsions faciales aujourd'hui connues. J'ai soutenu depuis une dizaine d'années, et à maintes reprises, que leur diagnostic clinique pouvait se faire par l'examen des caractères objectifs du phénomène convulsif. Je me suis efforcé de préciser ces caractères objectifs du phénomène convulsif. Je me suis efforcé de préciser ces caractères, notamment pour l'hémispasme facial. De nouveaux éléments de différenciation de grande valeur ont été apportés par Babinski, Brissaud, Sicard, Vincent. Mais l'étude des mouvements convulsifs de la face ne me paraît pas se limiter ici.

***

En dehors des tics de la face, en dehors de l'hémispasme facial périphérique, en dehors du spasme postparalytique, du spasme alterne, et même en dehors du bispasme facial proprement dit, je crois qu'il existe *une autre variété de convulsions faciales,* qui mérite d'être cliniquement distinguée des précédentes. J'en ai ai déjà observé une dizaine d'exemples, sans parler des observations éparses dans la littérature médicale qui me paraissent pouvoir s'y rattacher et j'en ai déjà donné incidemment les principaux caractères distinctifs (1).

Voïci en quoi consiste cette forme clinique:

Les phénomènes convulsifs ont pour caractère essentiel d'être

---

(1) *Société de Neurologie de Paris*, 5 décembre 1907 : Voir *Revue Neurologique*, 1907, p. 1297, et *ibid.*, 7 juillet 1910; *Revue Neurologique*, 1910, t. II, p. 120.

bilatéraux et prédominent au voisinage de la ligne médiane, si bien qu'on pourrait donner à cette forme clinique le nom de *spasme facial médian* d'après sa localisation.

Les muscles le plus fréquemment et le plus fortement atteints sont les orbiculaires des paupières. Aussi, dans la majorité des cas, les sujets se plaignent-ils surtout de la gêne que leur cause la fermeture involontaire de leurs yeux. Rochon-Duvigneaud en a présenté un bel exemple à la *Société de Neurologie de Paris,* le 5 décembre 1907.

Ces convulsions palpébrales n'ont pas les caractères d'un tic banal de clignement de paupières. La contraction des orbiculaires, quoique survenant plus rapidement que dans l'hémispasme palpébral, affecte presque d'emblée la forme tonique, réalisant ainsi un *bléphorotonus,* auquel s'ajoutent des scousses plus ou moins rythmées; la fente palpébrale se rétrécit, rarement jusqu'à l'occlusion complète; les malades peuvent encore distinguer les objets, mais à la condition de relever la tête; quelquefois l'occusion est totale, au moins pour un œil. Ce phénomène dure de quelques secondes à quelques minutes; il est souvent provoqué par le regard en haut qui, chez certains sujets, est complètement impossible, tandis que le regard en bas reste aisé, permettant même la lecture et l'écriture.

La marche exagère les contractions. Par contre, on arrive fréquemment à les faire disparaître par une élévation brusque des sourcils ou, comme l'a constaté M. Rochon-Duvigneaud, par la pression des nerfs sus-orbitaires contre le rebord osseux de l'orbite. Le repos étendu, l'obscurité, ont toujours un effet sédatif. Mais si intenses que soient les contractions, une surprise, un subit effort de volonté, l'attention portée à l'éxécution d'un mouvement facial, réussissent presque toujours à faire ouvrir les paupières pour un temps plus ou moins long. Les contrariétés, les émotions tristes ont au contraire une influence fâcheuse. Enfin, ce mode de convulsions palpébrales survient, tantôt chez des sujets dont les yeux sont normaux, tantôt chez d'autres qui ont une défectuosité quelconque de l'appareil de la vision, sans que d'ailleurs la musculature intrinsèque de l'œil soit intéressée. Et il ne semble pas que le trouble visuel proprement dit puisse être directement incriminé.

Cette double convulsion palpébrale, ou, si l'on veut, ce *biblépharospasme* peut représenter à lui seul toute l'affection; mais il est bien rare que les orbiculaires des paupières soient seuls atteints. Quand on examine attentivement et longuement les patients, on ne tarde pas à s'apercevoir que la plupart des muscles de la face participent au phénomène spasmodique, et des deux côtés à la fois. Les muscles frontaux, et surtout les sourciliers se contractent aussi. Tous les muscles du nez, les pyramidaux, les élévateurs, les trian-

gulaires des ailes du nez, les dilatateurs des narines, entrent en jeu. De même pour les muscles des lèvres, notamment les faisceaux médians de l'orbiculaire, et enfin les carrés et les houppes du menton. Par contre, les zygomatiques sont beaucoup moins atteints; ils ne se contractent qu'exceptionnellement ou très faiblement

Objectivement, ces légères convulsions faciales se rapprochent beaucoup de celles du spasme facial: on y reconnaît les mêmes palpitations parcellaires, le même aspect de contracture; les petites grimaces qui en résultent ne répondent à aucune expression mimique connue: on voit tantôt de légers plissements intersourciliers, tantôt un froncement de nez, ou des battements brefs de ses ailes, tantôt comme un marmottement des lèvres et un tressautement du menton.

L'intensité du phénomène convulsif varie suivant les jours; il a tendance à se produire par crise de durée variable; mais son siège reste toujours le même. Un effort d'attention ou de volonté, une surprise ou une émotion sont capables d'atténuer et même de faire complètement disparaître les contractions, pour un temps plus ou moins long. Enfin, *elles cessent pendant le sommeil.*

On les observe chez des sujets d'un certain âge, à l'inverse des tics faciaux qui sont surtout fréquents chez les jeunes sujets. On ne les voit pas alterner ni coïncider avec d'autres tics de la face ou des membres; mais on peut les constater chez des sujets qui présentent d'autres phénomènes convulsifs que les tics.

En somme, il s'agit d'une variété de convulsion faciale remarquable surtout par bilatéralité et son siège au voisinage de la ligne médiane. Objectivement, les contractions présentent les caractères des contractions spasmodiques. Mais cette affection diffère de l'hémispasme facial périphérique, d'abord parce que les contractions sont bilatérales et qu'elles peuvent cesser, au moins passagèrement, sous l'influence d'une intervention corticale, enfin parce qu'elles disparaissent pendant le sommeil.

La bilatéralité n'est pas en faveur d'une localisation périphérique. L'effet inhibiteur de la volonté et la disparition des accidents pendant le sommeil ne permettent pas de croire à une grave lésion irritative. D'autre part, les caractères objectifs de ces contractions musculaires les distinguent certainement de celles des tics ordinaires de la face.

Fait important, les sujets qui sont atteints de cette affection présentent un état mental tout à fait analogue à celui que l'on observe dans les torticolis convulsifs (torticolis mental de Brissaud). Ils sont grandement affligés de leur infirmité; elle devient pour eux une véritable obsession. Ils imaginent toutes sortes de subterfuges pour l'atténuer ou la dissimuler, procédé de défense tout à fait compara-

bles aux stratagèmes antagonistes signalés dans le torticolis mental. Dans un cas, j'ai vu cette variété de convulsion faciale survenir chez une jeune fille dont la mère était atteinte de torticolis typique. Et il n'est pas douteux que ces deux affections présentent entre elles plus d'une analogie qui apparaît encore davantage dans la similitude de leur évolution capricieuse et de leurs réactions aux interventions thérapeutiques. Rochon-Duvigneaud a traité son malade par l'arrachement des deux nerfs sus-orbitaires. A la suite de cette opération les contractions ont d'abord disparu, mais pour peu de temps; elles ont reparu ensuite, atténuées. Kalt a relaté un cas analogue. Sicard a justement fait observer à ce propos que l'intervention chirurgicale, ayant porté sur des nerfs *sensitifs* (les sus-orbitraires), on avait cependant obtenu une sédation des *mouvements* convulsifs. Aussi croit-il que l'opération a eu surtout un effet psychothérapique. Et il voit également là une analogie avec ce qu'on observe dans le torticolis mental de Brissaud (*Société de Neurologie de Paris,* 5 décembre 1907).

J'ajouterai que, parmi les cas que j'ai eu l'occasion d'observer et que j'ai pu soumettre à une discipline psycho-motrice assidue, j'ai vu survenir, à des échéances variables, les mêmes effets sédateurs que dans les cas de torticolis convulsif. L'amélioration est très fréquente; la guérison est même possible: j'en connais au moins trois exemples; mais il faut aux malades une assez longue persévérance, beaucoup plus longue que dans les cas de tics ordinaires de la face. Dans l'hémispasme facial périphérique, au contraire, les interventions rééducatrices demeurent peu efficaces.

Je crois donc qu'il est légitime de décrire une forme clinique de convulsion faciale, bilatérale, distincte des tics de la face, et distincte aussi du spasme périphérique et du bispasme proprement dit. Autant par ses caractères cliniques que par son évolution, cette affection ne peut être confondue ni avec les uns ni avec les autres. Sur la nature même et plus encore sur son substratum anatomique il serait prématuré de se prononcer. Tout au plus, peut-on supposer que la cause irritative, d'ailleurs légère, superficielle et intermittente, a son siège au voisinage du mésencéphale.

Au surplus, des phénomènes convulsifs, présentant les mêmes caractères cliniques, peuvent s'observer, soit isolément, soit simultanément, dans d'autres territoires nerveux que le domaine du facial. Dans une de mes observations les contractions faciales s'accompagnaient de contractions des muscles du pharynx; dans d'autres, les muscles de la mâchoire, les muscles du plancher de la bouche, de la langue même, entraient parfois aussi en jeu. Je serais donc porté à croire que de tels accidents sont provoqués par un processus irritatif qui, suivant les cas, siège à des hauteurs diverses

de la région bulbo-protubérantielle. Une altération vasculaire ou méningitique, à la superficie de cette région, pourrait être incriminée avec vraisemblance.

En tout état de cause, il y a lieu de retenir l'existence d'une forme clinique de mouvements convulsifs de la face, bilatéraux et médians, qui diffère nettement des tics faciaux et du bispasme facial périphérique, et qui paraît accessible aux procédés de correction psycho-motrice dont les torticolis convulsifs sont justiciables.

Sur les rapports du syndrome de Parkinson avec les altérations des glandes endocrines

par C. Parhon et M. Goldstein

Dans notre livre sur les *sécrétions internes* (Maloine 1909), nous avons rapporté les altérations de la glande thyroïde dans trois cas du syndrome de Parkinson. Dans un de ces cas, le corps thyroïde était volumineux et les follicules dilatés contenaient une grande quantité de substance colloïde.

Dans les autres deux cas le corps thyroïde présentait des altérations sclérotiques et plusieurs follicules contenaient du colloïde hématoxilinophile. La coloration au scharlach pratiquée dans l'un de ces cas montra en outre une grande quantité de graisse dans les cellules des follicules.

Nous possédons dans notre collection des coupes microscopiques des corps thyroïdes des deux autres cas de syndrome de Parkinson, concernant deux vieilles femmes, ainsi que de deux parathyroïdes de l'un de ces deux cas.

Nous donnerons ici la description de ces préparations pour envisager ensuite sur la base des faits publiés jusqu'à présent la question des rapports du syndrome de Parkinson avec les altérations des glandes endrocrines.

Dans le premier cas, on observe outre un certain degré de sclérose, pas trop marqué d'ailleurs, des modifications importantes des follicules. Les cellules de ces dernières sont pour la plupart plus claires qu'à l'état normal ce qui tient probablement au fait qu'elles ont contenu des substances lypoïdes qui ont été dissoutes pendant le passage de la pièce et des coupes par les réactifs (alcool, éther, xylol, etc.). Un certain nombre de follicules ne contiennent pas du colloïde et rappellent les follicules embryonnaires. Mais dans la grande majorité des follicules, dont le volume est réduit, on trouve un contenu qui a pris fortement l'hématoxiline. Ce contenu n'est pas toujours homogène. Par contre dans beaucoup de follicules, il semble formé

par plusieurs blocs plus petits. Seulement un très petit nombre de follicules contient du colloïde dont l'aspect et la coloration se rapprochent de la normale sans l'atteindre d'ailleurs car, même dans ces derniers la colloïde est le plus souvent colorée en rose-violet et contient parfois des blocs irréguliers plus fortement colorés. Les vaisseaux sont remplis de sang et leur paroi est épaissie.

Dans le second cas nous ne pouvons pas affirmer une surabondance de tissu conjonctif fibreux. Les follicules se rapprochent par contre de ceux du cas précédent. Leurs cellules sont moins claires, mais dans leur cavité on trouve une grosse goutte de colloïde hématoxilinophile. Contrairement au cas précédent, ce dernier est homogène et non pas formé de plusieurs blocs. Sa coloration est aussi moins foncée que celle du cas précédent. On trouve enfin un assez grand nombre de follicules avec du colloïde rose ou rose-violet. Ces derniers sont pour la plupart dilatés et même kystiques. Dans plusieurs on trouve des cellules desquamées ou des blocs irréguliers et hématoxinophiles (incistations calcaires?) Dans certains endroits, la paroi de ces grands follicules s'est rompu et la colloïde a fusé en dehors du follicule. Plusieurs contiennent des espèces de vacuoles ou des cavités arrondies dont un bon nombre contiennent des granulations colorées fortement par l'hématoxiline.

Nous avons examiné aussi une parathyroïde droite et une parathyroïde gauche de notre premier cas du syndrome de Parkinson.

Les deux glandes ont un volume normal et apparaissent formées des cellules épithéliales disposées en amas avec peu de cellules adipeuses entre les amas. Les cellules glandulaires ont le protoplasma avec une faible affinité tinctoriale mais sans apparence spongiocytaire. Les vaisseaux de ces glandes sont extasiés. Dans celle du côté gauche et à une de ses extrémités on remarque un nombre assez abondant de follicules contenant dans leur petite cavité une goutte de colloïde violet.

L'observation des altérations thyroïdiennes rencontrées dans nos cinq cas du syndrome de Parkinson nous amène à discuter la question des rapports existant entre ce syndrome et les altérations des glandes endocrines et surtout du corps thyroïde.

Plusieurs auteurs ont soutenu l'existence d'un pareil rapport sur la base des faits que nous allons citer.

C'est ainsi que Lundborg et Luzzato ont observé la coexistence du syndrome de Parkinson avec le myxœdème et le premier a émis l'hypothèse d'une relation pathogénétique entre les troubles thyroïdiens et le syndrome en question. Castelvi, qui trouva des altérations du même organe dans deux cas de paralysie agitante, a soutenu la même opinion.

Les faits observés par nous-mêmes et cités plus haut semblent appuyer la même hypothèse.

Dans le même sens parle le fait que certains symptômes basedowien tels que la tachycardie, la transudation, la sensation de chaleur, l'insomnie, se rencontrent très fréquemment chez les parkinsoniens et d'ailleurs Mœbius, ainsi que l'un de nous avec Cobilovici ont vu les syndromes de Basedow et de Parkinson coexister chez les mêmes malades. Il est vrai que dans le dernier de ces deux cas au moins, le syndrome de Basedow était en régression lorsque celui de Parkinson a fait son apparition.

Récemment, l'un de nous observa une femme parkinsonienne qui outre une hyperthrophie modérée, mais évidente du corps thyroïde présentait de la tachycardie, des transpirations, la sensation de chaleur, phénomènes dont on connaît les relations avec le corps thyroïde.

Roussy et Clunet ont vu un goître évident dans quatre cas du syndrome de Parkinson.

Récemment Alquier trouva un corps thyroïde petit et scléreux chez un autre parkinsonien. Dans ses recherches antérieures, ce même auteur trouva la glande thyroïde normale ou en hypofonction.

L'un de nous avec Urechie a observé une femme atteinte de rhumatisme chronique qui, pendant le traitement thyroïdien dont elle bénéficia fortement présenta un tremblement parkinsonien. Ce cas soulève le problème de la nature thyroïdienne possible des arthropaties signalées dans la paralysie agitante.

La coexistence du syndrome de Parkinson avec la sclérodermie signalée par Luzzato, Panegrossi, Palmieri, Frenkel, Lundborg, peut aussi être invoquée à la faveur d'une relation entre le premier syndrome et un trouble dans la fonction thyroïdienne.

Mais jusqu'à présent la démonstration définitive de cette relation n'a pas été donnée.

Lundborg a soutenu récemment que le syndrome de Parkinson serait l'expression d'une insuffisance parathyroïdienne plus ou moins prononcée. Il arriva à cette hypothèse à la suite de la curieuse observation de l'existence dans une famille de paysans suédois de dix-huit cas de myoclonie et de cinq cas de paralysie agitante. Or il pense que la myoclonie serait en rapport avec l'insuffisance parathyroïdienne car elle rappelle les convulsions des animaux thyroparathyroïdectomisés.

Ainsi que nous l'avons dit dans notre livre sur les sécrétions internes (p. 220), l'attitude de la main dans le syndrome de Parkinson rappelant celle qu'on trouve dans la tétanie semble confirmer l'opinion de Lundborg mais la diminution de l'excitabilité électrique trouvée souvent dans la paralysie agitante serait difficilement explicable avec cette hypothèse.

Elle serait pourtant appuyé par les recherches opothérapiques e Berkley et cette d'Alquier qui ont obtenu des bons résultats par le traitement parathyroïdien.

Mais Lundborg ainsi que nous-mêmes en essayant le même traitement chez un malade n'avons obtenu aucun résultat et plus récemment encore Roussy et Clunet ont observé l'exagération des symptômes. Ces mêmes auteurs ont observé en outre des modifications dans les glandes parathyroïdiennes d'ordre plutôt hyperfonctionnel, de sorte que le syndrome dont nous nous occupons serait par rapport aux parathyroïdes ce que le myxœdème est au corps thyroïde.

La présence dans le syndrome de Parkinson, de certains symptômes tels que la tachycardie, les transudations, l'insomnie, l'hypotension artérielle, que Renon et Delille mettent sur le compte de l'insuffisance hypophyssaire soulève la question de l'intervention possible des troubles de la glande pituitaire dans le syndrome en question et il a lieu d'ajouter ici que l'un de nous avec Urechie ainsi que Arthur Delille ont observé la disparition des symptômes plus haut cités en employant l'opothérapie hypophyssaire dans la paralysie agitante.

Enfin, le syndrome de Parkinson apparaissant d'habitude dans la seconde époque de la vie lorsque — chez la femme surtout — les glandes génitales entrent en involution ainsi que le fait que certains phénomènes tels que la sensation de chaleur, l'insomnie sont communes à l'insuffisance ovarienne et au syndrome de Parkinson soulève la question d'une relation possible entre les troubles des glandes génitales et la paralisie agitante.

Nous avons observé récemment une femme parkinsonienne qui a été mentruée pour la première fois vers 18 ans et qui a présenté toujours les règles très peu abondantes. On peut se demander à propos de pareils cas si l'insuffisance ovarienne ne constitue pas une condition prédisposante pour l'apparition du syndrome de Parkinson comme elle la constitue par exemple pour l'acromégalie.

Il serait intéressant de connaître les effets de l'opothérapie ovarienne dans la paralysie agitante. L'essai que nous avons fait chez une pareille malade avec ce traitement n'a pas été continué assez longtemps pour nous permettre de juger la question.

Nous rappelerons ici que Brown-Sequard et d'Arsonval ont observé dans deux cas sur cinq la disparition du tremblement et d'autres symptômes par l'emploi des injections de suc testiculaire dans le syndrome de Parkinson et que Chantemesse dit avoir observé une diminution sensible de la raideur musculaire par le même traitement et dans le même syndrome.

Tous ces faits montrent, à notre avis, la possibilité d'une relation entre les troubles des glandes endrocrines et le syndrome de Parkinson et la nécessité d'étudier systématiquement au point de vue clinique, anatomo-pathologique et chimique l'état de ces glandes dans la paralysie agitante.

Les faits accumulés jusqu'à présent ne nous semble pas permettre une conclusion plus précise.

Mais nous devons rappeler que Henry Meige et Pierre Marie ont cité des faits montrant la nécessité d'admettre l'intervention des centres nerveux dans la pathogénie du syndrome de Parkinson.

Leurs remarques ne sont que très justes. Pourtant, outre qu'il serait possible que le primum movens mettant le mécanisme en branle ne soit pas toujours le même et que les troubles endocrines pourraient altérer les mêmes centres qu'une lésion organique par exemple, on peut concevoir aussi la possibilité d'un mécanisme combiné ; des lésions nerveuses pourraient mieux agir sur un terrain préparé par des troubles endocrines.

On peut supposer que certaines lésions nerveuses déterminent secondairement des troubles dans les fonctions glandulaires.

Ce sont autant de questions qui valent la peine d'être approfondies et qui semblent montrer que la théorie glandulaire et nerveuse de la pathogénie du syndrome de Parkinson ne sont pas inconciliables.

Discussion

M. VOIVENEL (de Toulouse). — Nous désirons, au sujet de la communication de MM. Parhon et Goldstein, ajouter que nous aurons l'honneur demain de présenter au Congrès à propos d'un travail sur la maladie ou mieux le syndrome de Raynaud chez des aliénés, un 6me cas de maladie de Parkinson avec cyanose symétrique des extrémités, sclérodermie et hypothyroïdie; et à ce sujet dire que nous trouvons dans ce cas et dans le travail de MM. Parhon et Goldstein une raison de plus de soutenir la théorie endocrine du syndrome de Raynaud.

Etats neurasténiques et psychasténiques post-infectieux

par le Dr Feuillade (Lyon)

Certains états neurasthéniques et psychasténiques surviennent à la suite d'infections, sans qu'on puisse trouver dans leur étiologie une cause héréditaire ou une influence morale suffisante pour les expliquer.

Nous avons, dans un travail sur les manifestations délirantes qui marquent le déclin des maladies infectieuses (thèse inaugurale Lyon 1899), insisté sur le danger d'interner un malade qui a de la fièvre et qui délire, sans antécédents héréditaires bien nets, et demandé la création d'un service spécial dans les hôpitaux pour ces malades, dont la guérison est souvent rapide.

Nous attirons aujourd'hui l'attention sur le rôle des infections dans certaines asthénies psychiques, commençant à la simple modification du caractère, passant par l'insomnie, l'épuisement nerveux, l'impossibilité de penser, l'affaiblissement de la mémoire, et allant jusqu'à de véritables obsessions et même quelques hallucinations, sans que l'on puisse rencontrer dans les antécédents de ces malades une hérédité bien caractérisée.

Les malades, dont nous relatons les observations, ont pour la plupart été soignés dans notre maison de régime, et chez eux nous avons employé toutes les ressources de la médecine, en insistant sur l'hydrothérapie; le régime, qui varie avec chaque malade, en même temps que sur la cure morale.

La psychothérapie et la suralimentation sans choix d'aliments ne nous ont pas paru suffisantes pour amener la guérison de ces malades.

L'habitus extérieur des névropathes

par le Dr Bérillon (de Paris).

L'habitus extérieur peut donner d'utiles indications pour le diagnostic et le pronostic. Un certain nombre d'auteurs ont signalé les particularités de la physionomie, de l'attitude, des gestes et de l'habillement qui permettent de reconnaître les hystériques.

On retrouve également chez les névropathes et les neurasthéniques, des signes extérieurs qui, par leur fréquence et par leur constance, indiquent qu'ils sont sous la dépendance de perturbations fonctionnelles dans l'axe cérébro-spinal.

Indépendamment de manifestations de paresse musculaire, de laisser aller et de tendance à obéir à la loi du moindre effort, que l'on observe si fréquemment chez les névropathes, on est également frappé de la multiplicité de leurs gestes et de leurs mouvements involontaires et parasitaires.

Mais il est une attitude qui est véritablement pathognomonique, d'un degré déjà accentué d'épuisement nerveux et d'irritabilité spéciale, c'est celle qui consiste à maintenir, d'une façon à peu près permanente, les cuisses entrecroisées, l'une chevauchant sur l'autre.

L'importance de ce signe se révèle à la difficulté que les névropathes éprouvent à s'en guérir. Sa disparition correspond à l'amélioration générale du système nerveux et la réapparition coïncide avec le retour des troubles. Il n'est pas indifférent d'exercer les

névropathes à se débarrasser des gestes involontaires et des attitudes affaissées ou défectueuses dont ils sont affectés. Leur guérison doit être un des objectifs du traitement psychothérapique. Elle est la meilleure démonstration de son efficacité.

Méningite cérébro-spinale à forme intermittente chez un jeune paludéen

par le Dr Porot (de Tunis)

J'apporte ici l'observation d'un jeune paludéen qui présenta une méningite cérébro-spinale cytologiquement et cliniquement bien établie; l'évolution se fit avec la formule d'une fièvre intermittente à type tierce bien régulier; des accès très francs revenant tous les deux jours soulignaient la dissociation profonde du pouls et de la température et provoquaient le paroxysme des symptômes méningés. La maladie parut céder à l'action combinée de la ponction lombaire et de la quinine.

Un tel hybride est fort rare.

Ce jeune homme, A... M..., âgé de 17 ans, né en Tunisie de parents français, sans antécédents nerveux, sans tare pathologique, avait eu sa première atteinte de paludisme un an auparavant, assez courte, mais très caractéristique, représentée par des accès réguliers répartis sur une huitaine de jours.

Le 1er mai 1909, il est pris brusquement dans la nuit d'un violent frisson avec mal de tête et élévation rapide de la température. Fièvre et céphalée durent toute la journée et disparaissent dans la soirée comme après un accès paludéen banal; à la fin cependant, il se produit des vomissements.

Le lendemain, il se sent bien.

Le surlendemain, nouvel accès avec retour de la céphalée.

Tous les deux jours se produit un accès semblable.

Un médecin appelé lors du quatrième accès (le 7 mai) est frappé de certaines particularités : une dissociation du pouls qui est lent (60) d'avec la température qui est de 40°1 au moment de son examen; il y a de la raideur des muscles de la nuque; le ventre est un peu rétracté; le malade est constipé. Ce confrère évacue le malade sur l'hôpital comme suspect de méningite cérébro-spinale.

Je le vois le 8 à 11 heures du matin; il paraît assez bien, mais, dit-il lui-même, la fièvre est tombée à 9 heures; en même temps, la céphalée a disparu; cependant je trouve que la nuque reste un peu raide et que le ventre est un peu rétracté; je suis frappé surtout par la lenteur du pouls qui ne bat qu'à 50; la température est à ce moment de 37°1; les réflexes sont un peu vifs.

Le lendemain (9 mai), à 11 heures du matin, accès fébrile à début brusque ; la température monte de 37°5 à 39°7, le pouls restant toujours à 60 ; reprise de la céphalée, de la raideur de la nuque ; signe de Kernig très net à ce moment.

L'accès dure quelques heures et le lendemain matin je retrouve le malade sans fièvre (37°4), sans céphalée, sans signe de Kernig.

Le 11 mai, je fais une ponction lombaire et trouve un liquide un peu louche en forte hypertension donnant un culot très net après centrifugation ; dans ce culot les éléments figurés foissonnent, les polynucléaires dans une proportion de 50 p. c. environ (1).

Le soir se produit encore l'élévation tierce de la température mais sans que cette fois la fièvre s'accompagne de céphalée et de grande raideur (probablement par suite de la décompression obtenue par la ponction). Le pouls est encore à 64.

La recherche de l'hématozoaire dans le sang, pratiquée ce jour-là est négative (nous n'avons pu établir si le malade avait pris de la quinine avant son entrée à l'hôpital).

La rate n'était pas perceptible pas plus ce jour-là que les jours précédents.

Le 12, nouvel accès devançant, celui-là, son échéance de vingt-quatre heures (double tierce).

Devant une périodicité aussi évidente de la fièvre, je fais, le 13, une injection intra-musculaire de 1 gramme de chlorhydrate de quinine.

Le 14, nouvel accès ; nouvelle injection de quinine.

Ce fut le dernier grand accès ; il n'y eut plus que deux petits accès avortés, le 16 et le 20, la température ne s'élevant qu'à 37°9 et 37°8. Elle stationna quelques jours à 37° puis descendit à 36°5 pour ne plus remonter au-dessus de 37°.

Le pouls au contraire remonta progressivement et atteignit 100 alors que la température était à 37°. Puis il redescendit et se stabilisa aux environs de 80.

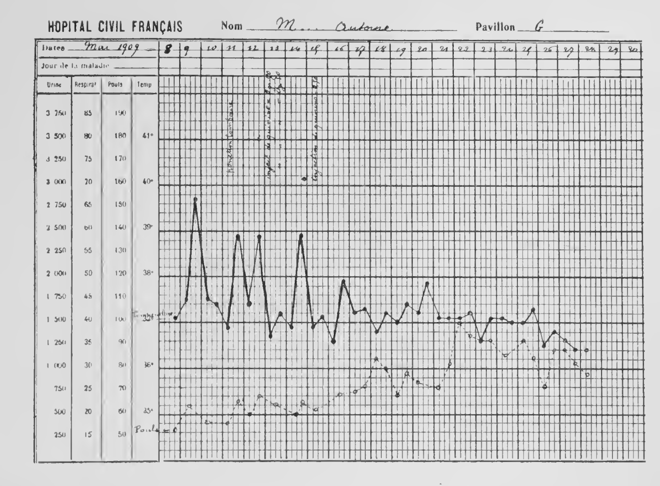
Raideur de la nuque, rétraction du ventre disparurent avec les derniers accès. On nota à ce moment une inégalité pupillaire qui n'existait pas à l'entrée et qui durait encore au moment de la sortie.

Il y eut enfin au début un peu de polyurie (deux litres) pendant la période fébrile de la maladie ; cette polyurie était constante et les urines ne diminuaient pas les jours d'accès. Après la chute définitive de la température le taux de l'urine resta à 1500.

Le malade quitta l'hôpital le 28 mai, soit quatre semaines après les premiers accidents, en bon état, sans troubles de la démarche, gardant cependant son inégalité pupillaire et de la diminution des réflexes rotuliens.

Le graphique ci-joint résume exactement la marche intermittente de cette affection et montre la dissociation et l'opposition de deux tracés (pouls et température).

(1) La recherche du méningocoque n'a pu être faite.



Dans cette observation on ne saurait nier la présence d'une méningite cérébro-spinale pas plus que celle du paludisme et c'est précisément le fait de cette conjonction qui m'a paru intéressant en raison de sa très grande rareté.

Il faut bien admettre l'atteinte des méninges, puisqu'il y avait la signature cytologique, tout un cortège de symptômes cliniques (raideur de la nuque, Kernig, céphalée, constipation, pouls lent et dissocié, polyurie), enfin quelques séquelles (persistance d'une inégalité pupillaire à apparition tardive). On ne peut non plus contester le paludisme chez un sujet qui en avait eu des manifestations antérieures si franches, chez lequel les accès avaient une marche intermittente si caractéristique, et qui fut si sensible à l'action de la quinine.

Tout ce qui peut être mis en discussion, c'est la nature exacte 'e cette méningite cérébro-spinale. Etait-elle une méningite paludéenne vraie due au seul hématozoaire ou simplement une de ces affections méningées diplococciennes d'observation assez courante aujourd'hui, à laquelle un paludisme récent et latent a imprimé une marche intermittente, rythmant ses manifestations symptomatiques sur un mode tierce assez pur. J'incline vers cette seconde hypothèse car j'eus l'occasion d'observer d'autres cas de méningite cérébro-spinale

vers la même époque chez des malades non paludéens. Il est du reste habituel de voir le paludisme se réveiller à la moindre infection étrangère ou à la moindre affection organique, les masquer en superposant ses effets, rompre ou dénaturer leur type évolutif.

Névralgies faciales et migraines

par le Dr Fernand Lévy (de Paris)

Les auteurs ont envisagé les rapports des névralgies faciales et des migraines suivant deux courants d'idées opposés : les uns ont essayé de dissocier ces deux états, les autres, au contraire, ont cherché leurs points communs pour les identifier.

Au premier abord, il semblerait que leur symtomatologie suffise à les différencier. L'une est, en effet, une céphalée s'accompagnant dans la règle de nausées et de vomissements, l'autre se caractérise essentiellement par des élancements douloureux. Gilles de la Tourette a publié l'observation d'une malade atteinte à la fois de migraine et de névralgie faciale, qui distinguait nettement ses accès et accusait pour chacun d'eux des sièges divers ainsi que des modalités douloureuses différentes.

Cependant à un examen plus attentif, on peut se convaincre que migraine et névralgie faciale ont toutes deux pour point commun d'éclore sur un terrain névropathique ou tout au moins neuro-arthritique, d'être des syndromes paroxystiques et périodiques. Mais l'étroite parenté morbide des deux processus est encore plus nettement affirmé par leur coïncidence, leur association, leur balancement ou leur alternance, leur remplacement l'un par l'autre chez un même sujet.

Une même personne peut, en effet, à la fois souffrir de névralgie faciale et présenter des accès de migraine. Maintes observations le prouvent (Valleix). Bien plus, la migraine a été signalée dans les antécédents des sujets atteints de grande névralgie faciale, en particulier de tic douloureux. Valleix y faisait déjà allusion. Dana la retrouve dans un quart, nous-mêmes l'avons vu dans les trois-quarts des cas (1).

Mais ces appréciations purement numériques seraient insuffisantes pour conclure à l'identité des deux syndromes, si leur association n'avait été notée à plusieurs reprises. Valleix, qu'il faut toujours consulter en matière de névralgie, signale la coexistence des deux

---

(1) Fernand Lévy. Essai sur les névralgies faciales Thèse de Paris, 1906.

états. Putnam (1), sous le nom de *névralgie sus orbitaire intermittente* ou *forme migrainoïde de la névralgie sus orbitaire* a bien décrit ces névralgies-migraines véritables types de transition, qui présentent une association des symptômes des deux affections: crises de névralgie sus orbitaire avec participation du globe oculaire, céphalée gravative, nausées et vomissements. Dana (2), allant plus loin, décrit chez des jeunes femmes des migraines qui peu à peu se muent en névralgies faciales typiques (forme migraineuse de la névralgie faciale).

N'a-t-on pas signalé d'autre part, dans d'authentiques migraines des douleurs localisées sus orbitaires, temporales (Cornu), pariétales (Féré, Grasset) ? Il semble bien alors que, partie du trijumeau intracrânien l'irritation se projette dans la sphère de distribution extracrânienne du nerf.

Avant de signaler mes propres constatations sur le balancement, l'alternance, la transformation de la migraine et de la névralgie faciale l'une dans l'autre, je voudrais aussi montrer combien souvent, non seulement dans ses manifestations douloureuses, mais encore dans ses variétés trophoneurotiques, la migraine s'attaque au territoire du trijumeau.

Leudet, Hamilton, Valleix ont signalé chez certains migraineux la calvitie localisée du territoire douloureux.

Gubler et Bordier, dans leur article du dictionnaire Dechambre, Cornu dans une excellente thèse de Lyon 1902, appellent l'attention sur les différences de coloration des cheveux pendant et dans l'intervalle des accès de migraine: d'où production d'un cheveu zébré.

Charcot, Brissaud ont noté chez des migraineux l'apparition d'un zona ophtalmique. Enfin on a publié aussi des observations montrant l'altération du tissu sous cutané telle la présence d'un cordon douloureux sur le trajet du sus orbitaire, manifestation de périostite pour les uns, de polynévrite pour d'autres.

Depuis tantôt cinq ans que je m'occupe du traitement des névralgies faciales, j'ai eu l'occasion de voir deux cas singulièrement curieux de réapparition immédiate de migraines typiques chez des névralgiques, anciens migraineux, dès que les injections d'alcool eurent fait disparaître les douleurs dans la sphère du trijumeau extracrânien. Dans le premier fait, il s'agit d'un homme atteint depuis plus de sept ans d'une grande névralgie et qui, à la suite d'une série

---

(1) J. Putnam. On periodical nevralgias of the nerve and their relation to migraine, etc., in *Transactions of the Associat. of the Americ. Physicians*, vol. XV, 1896.

(2) Dana. Natural history of tic douloureux with remarks on the treatment. (*Journal of the Amer, Med. Associat.*, 3.4, 1900, p. 12000.)

d'injections présenta durant quelques jours une série de migraines dont il n'avait plus eu d'accès depuis longtemps. Mais ces manifestations ne durèrent pas. Je laisse de côté pour l'instant la très intéressante observation de ce sujet qui fit plus tard ses crises névralgiques du côté opposé, et présenta ensuite des balancements dans ses douleurs, la névralgie faciale passant d'un côté à l'autre et même à certains moments étant bilatérale.

La seconde observation est celle d'une jeune femme de 30 ans, ancienne migraineuse, atteinte depuis six ans d'une névralgie faciale gauche s'emparant surtout du maxillaire inférieur, mais étendue aussi aux deux autres branches, surtout au maxillaire supérieur. Déjà à trois reprises j'avais eu l'occasion d'injecter cette patiente qui avait présenté des rémissions allant de 13 à 19 mois.

A la suite des injections, tantôt il n'y avait pas d'anesthésie, tantôt il se produisait dans le territoire du maxillaire inférieur une anesthésie en général peu durable puisqu'une fois elle ne persista que quatre jours. Lorsqu'en dernier lieu j'eus à injecter de nouveau cette dame, je réalisai une anesthésie complète de tout l'hémicrâne, de toute l'hémiface gauche, de la moitié correspondante de la langue et de la région du palais. Deux jours après survenaient des accès typiques de migraine que la malade diagnostiquait elle-même et qui disparurent au bout d'une huitaine de jours, se muant en simples céphalées gravatives, tandis que sur la moitié correspondante de la face et du crâne, l'anesthésie se transformait elle-même en hypoesthésie.

Voici donc deux faits très curieux d'accès migraineux apparus presque instantanément après la suppression de névralgies faciales. Il y a là, selon moi, lieu de conclure à des rapports de parenté étroite non seulement étiologique, mais encore anatomique entre les migraines et les névralgies faciales. Je vous rappelle que cette solidarité avait été déjà — hypothétiquement, il est vrai — envisagée par divers auteurs. Valleix en était persuadé. Et voici un passage de lui qui le prouve :

« J'ai vu, dit-il, chez des individus qui étaient sujets à des névralgies de différentes parties du corps des attaques de migraine se produire de temps en temps. La douleur commençait par un des points que j'ai signalés, tels que la partie interne du sourcil, la bosse pariétale, l'angle inférieur de la tempe, il s'étendait bientôt à tout un côté de la tête pour devenir très violente.........

»... On pourrait objecter que dans ces cas il existait une véritable névralgie faciale et une simple migraine ; mais la marche de la maladie ne permettait pas d'avoir une pareille opinion. La douleur d'abord faible, augmentait rapidement, empêchait le malade de se livrer à la moindre occupation, rendait quelquefois la lumière et le bruit insupportables, et après avoir duré de cette manière douze à vingt-quatre heures, disparaissait ordinairement après un bon som-

meil de plusieurs heures pour revenir au bout d'un temps plus ou moins long (de huit jours à deux ou trois mois. »

Wepfer, Lebert considéraient la migraine comme une névralgie du sus orbitaire. Sans nous arrêter plus longtemps à ces hypothèses, n'y aurait-il pas lieu d'envisager sérieusement, avec Thomas, la migraine en tant que *névralgie des filets intracrâniens du trijumeau?* C'est là, il semble, la conclusion à laquelle tendent les faits que nous venons de signaler.

Un nouveau Thermoesthésiomètre

par Tom A. Williams (de Washington)

Instrument clinique, permettant de mesurer les degrés de tiédeur et de fraîcheur appréciable sur la peau des malades dont les nerfs périphériques, les racines sensitives ou la moelle épinière sont lésés. On peut apprécier la conservation ou l'abolition de la sensibilité épicritique de Head, c'est-à-dire de la fonction de sentir avec : 1° le toucher proprement dit (coton ou pinceau fin) ; 2° les cercles de Weber et les températures entre 23° et 40° centigrades plus ou moin. Quand les nerfs épicritiques sont détruits, la température est sentie comme douleur et le malade est incapable d'apprécier ces températures moyennes. C'est ici que l'instrument prend toute sa valeur, surtout s'il faut explorer les membres inférieurs, car l'épreuve du coton ne réussit pas sur les parties poilues, et, sur les jambes, les cercles de Weber sont trop grands pour être utilisés cliniquement.

Ainsi, quand le suejt ne sent pas la température entre 24° et 40° centigrades, tandis qu'il sent bien la piqûre, la glace et l'eau bouillante, on est en droit d'affirmer une lésion en dehors d'une blessure autour de la colonne vertébrale au voisinage des plexus.

L'instrument consiste en un thermomètre (modèle d'échelle Fahrenheit), entouré d'un bloc en cuivre qui est très facilement chauffé ou refroidi à la température désirée dans l'épreuve. Le thermomètre est protégé par un étui de bois pour être porté dans la poche.

Hypertrichose dans la paralysie spinale infantile

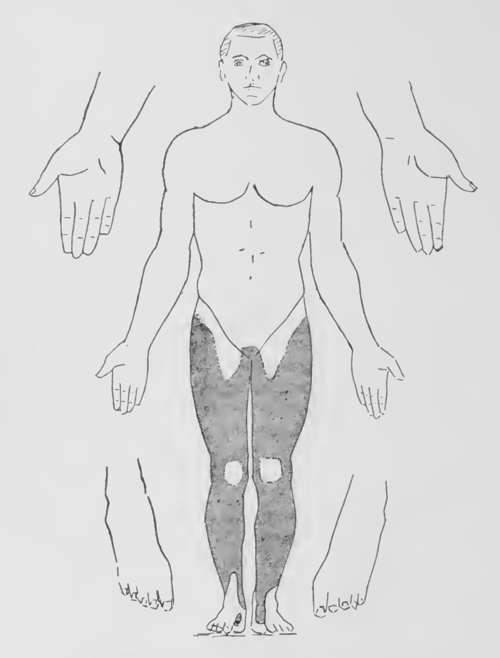
par le Dr Ch. Mirallié (de Nantes)

L'hypertrichose, au cours de la paralysie infantile, sans être exceptionnellement rare, n'est pas cependant d'observation courante. Chez un malade de notre service des maladies nerveuses de l'Hos-

pice général Saint-Jacques, cette hypertrichose est particulirement intéressante par son étendue et par sa superposition aux phénomènes paralytiques et atrophiques.

D..., aujourd'hui âgé de 37 ans, est entré dans notre service le 9 mai 1904.

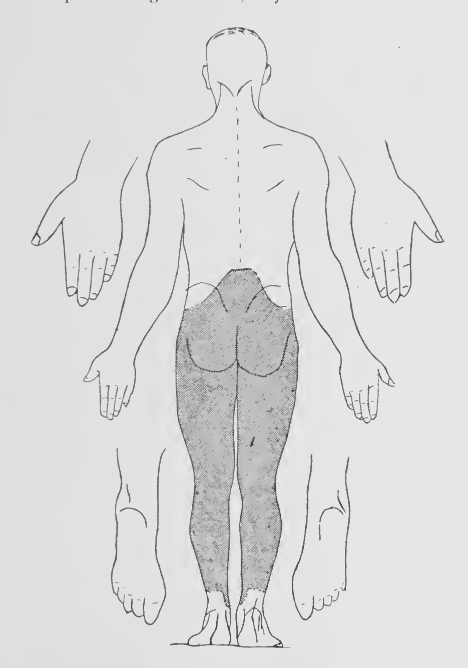
Son père est mort à 69 ans, à l'asile d'aliénés (manie chronique) en 1905 ; sa mère est vivante et bien portante ; un frère est mort du croup ; deux sœurs sont vivantes et bien portantes.



D... a commencé à marcher à 10 mois et à parler à 15 mois. A 19 mois, alors que la veille l'enfant n'avait rien présenté d'anormal, on le trouva dans son lit un matin complètement paralysé des membres inférieurs et des muscles du tronc ; il aurait même été à ce moment incapable de parler ; il ne pouvait bouger les membres inférieurs ni se tenir assis dans son lit. Un mois après environ, il recommençait à parler et pouvait se tenir assis dans le lit, mais jamais depuis il n'a pu marcher normalement. Les membres supérieurs n'auraient jamais été pris.

Le pied gauche est aplati, déformé; le gros orteil a des dimensions normales, les autres orteils sont atrophiés et déformés; le pied repose sur le plan du lit par un bord externe et fait avec la jambe un angle de 145° environ; il est donc en varus équin. La jambe est fléchie sur la cuisse et repose sur le lit par la face externe, ainsi que le genou et la cuisse qui est en abduction et rotation externe. L'examen du genou gauche montre qu'il y a luxation incomplète en dehors du tibia sur les condyles du fémur.

Le pied droit n'est pas déformé; il s'appuie sur le lit par le talon et forme avec le pied un angle de 120°; la jambe est fléchie sur la cuisse et



placée comme elle en abduction. Les membres inférieurs délimitent ainsi un losange dont la petite base est formée par une ligne allant d'un genou à l'autre, et dont le plus grand axe va du périnée aux talons.

Le membre inférieur gauche a subi un arrêt de développement très marqué; ses muscles sont mous et flasques. Il a perdu complètement toute motilité et reste complètement immobile, malgré tous les efforts

du malade. Une couche adipeuse épaisse masque au mollet et à la cuisse l'atrophie des muscles. Les mensurations donnent en longueur : pied 18 cent., tibia 31 cent., fémur 36 cent. ; la circonférence maxima est au pied de 22 cent., 27 cent. au mollet et 30 cent. à la cuisse.

Au membre inférieur droit l'arrêt de développement est moins accentué ; les muscles conservent un certain degré de tonicité ; le mollet semble plus petit que celui du côté opposé, mais il n'y a là qu'une apparence tenant à ce que à droite la couche adipeuse est beaucoup moins développée. Le pied mesure 20 centimètres de longueur, le tibia 33, et le fémur 39. La circonférence du pied est de 22 centimètres, celle du mollet 26 cent., et celle de la cuisse de 32 centimètres. La motilité volontaire est beaucoup mieux conservée sur le membre inférieur droit, mais tous les mouvements obtenus se font sans force. Le malade peut fléchir et étendre les orteils, fléchir et allonger le pied ; la jambe peut être fléchie volontairement sur la cuisse, mais l'extension est plus difficile, presque impossible, et très limitée par suite de rétractions fibro-tendineuses, qui empêchent d'arriver passivement à l'extension complète. D... peut fléchir la cuisse sur le bassin, mais le mouvement d'extension est impossible. Le malade ne peut non plus soulever le membre en totalité et détacher le talon du plan du lit.

Passivement, et des deux côtés, les divers segments des membres inférieurs sont facilement mobilisables ; mais des rétractions tendineuses s'opposent à ce que les mouvements d'extension et de flexion se fassent avec leur amplitude normale. Dans leur position ordinaire, les jambes forment avec la cuisse un angle de 70° à droite et de 80° à gauche ; dans l'extension maxima on arrive à 96° à droite et à 116° à gauche. Les fléchisseurs de la cuisse et de la jambe du côté droit ont une certaine force de résistance ; mais la résistance des extenseurs de la jambe est complètement nulle.

Les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés ; parfois on observe à droite une très légère contraction dans le quadriceps fémoral, mais insuffisante pour soulever la jambe ; le réflexe achilléen est aboli ; existe, mais diminué à droite. Le chatouillement de la plante du pied ne produit aucun mouvement à gauche ; à droite il y a un mouvement de défense, de retrait en masse du membre nettement esquissé. Pas de Babinski. Les réflexes cutanés abdominaux sont normaux.

P de troubles des sphincters.

Pas de trouble subjectif ni objectif sous aucun mode de la sensibilité.

Le malade est incapable de se servir de ses membres inférieurs pour marcher. Il s'avance appuyé sur deux béquilles, les jambes ballantes comme deux pendules et ne touchant jamais le sol.

Les membres supérieurs, la face et le tronc sont absolument normaux comme développement. Les masses musculaires sont bien développées et ne présentent aucune différence avec celles d'un adulte normal. Les réflexes radiaux et olécraniens sont normaux.

En résumé, il s'agit, chez ce malade, d'une paraplégie spinale infantile des membres inférieurs avec arrêt de développement frappant avec prédominance le membre inférieur gauche.

C'est sur les membres inférieurs que se manifeste l'hypertrichose sur

laquelle nous désirons appeler l'attention. Tandis que les cheveux, la barbe, sont normalement fournis ; tandis que les bras et le tronc sont complètement glabres ou recouverts à peine d'un léger duvet, la partie inférieure du corps est recouverte d'une véritable forêt de poils ; brusquement à la hauteur des lombes en arrière, à la partie supérieure des cuisses en avant commence l'hypertrichose. Elle se continue sur les cuisses et les jambes et ne laisse découverte qu'une très légère surface de la partie inférieure des membres.

La limite supérieure, identique des deux côtés, commence en arrière, au niveau de l'épine dorsale, un peu au-dessus d'une ligne qui réunirait les deux crêtes iliaques, sensiblement au niveau de la 4e vertèbre lombaire. Après un court trajet transversal, elle descend obliquement en bas et en dehors, passe entre le crête iliaque et le grand trochanter, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de ce dernier, contourne la face externe du membre et descend sur la face antérieure de la cuisse en formant avec l'arcade de Fallope un angle de plus en plus ouvert. Elle aboutit enfin à un point situé à l'union du tiers supérieurs et du tiers moyen de la face antérieure de la cuisse ; puis la ligne remonte vers l'épine du pubis, franchit l'arcade crurale, et, après un court trajet transversal, à 3 ou 4 centimètres au-dessus du pubis, elle rejoint la ligne venue symétriquement du côté opposé. En somme, en arrière, l'hypertrichose est limitée par un V ouvert en bas et dont le sommet est à la 4e vertèbre lombaire ; en avant, elle respecte le triangle de Scarpa.

La limite inférieure n'est pas exactement la même pour les deux membres. A gauche, elle commence sur une ligne correspondant à l'articulation tibio-tarsinnne, puis se dirige en dehors, franchit la malléole externe à 8 centimètres de son sommet, contourne le tendont d'Achille au même niveau et forme une pointe descendant en arrière de la malléole interne. Elle remonte alors, traverse la malléole et suit le bord interne du pied jusqu'à la base de la première phalange du gros orteil. Pendant un court trajet, elle devient transversale et regagne le point de départ en suivant une ligne coïncidant sensiblement avec l'axe du deuxième orteil.

A droite, le point de départ est situé plus haut. La ligne commence sur la crête tibiale à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, puis elle descend obliquement en dehors, suivant une ligne courbe concave en dedans, vers la partie antérieure de la malléole externe. Elle contourne le tendon d'achille, descend en arrière de la malléole interne comme du côté gauche, franchit cette dernière et remonte un peu en dehors de la crête du tibia sur la face antérieure de la jambe. De plus, une légère bande recouvre la face dorsale du pied depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à la crête du gros orteil.

La partie du corps située entre ces deux lignes est complètement recouverte de poils, sauf la région de la rotule et du grand trochanter des deux côtés. Les poils sont longs de 2 centimètres environ, fins et soyeux, blonds, tandis que les cheveux, la barbe et les poils des aisselles sont plus gros, plus durs et d'un noir foncé.

En résumé, cette hypertrichose, nettement symétrique des deux côtés, est limitée en haut par une ligne partant de l'apophyse épi-

neuse de la quatrième vertèbre lombaire, descendant obliquement en bas et en dehors entre la crête iliaque et le grand trochanter, suivant la limite du triangle de Scarpa qui reste complètement glabre et remontant le long du bord interne de ce triangle jusqu'au dessus du pubis; en bas, par une ligne s'arrêtant à la hauteur de l'articulation tibio-tarsienne, mais poussant des deux côtés, surtout à droite, une pointe sur le premier métacarpien.

Cette topographie est nettement radiculaire. Si nous examinons la limite supérieure de l'hypertrichose, nous voyons qu'elle respecte le territoire de la troisième racine lombaire (schéma de Thornburn) pour s'étendre sur le territoire des racines sous-jacentes; en particulier, la surface du triangle de Scarpa est nettement respectée des deux côtés.

Nous voyons ainsi que l'hypertrichose se limite franchement aux territoires frappés par la paralysie. L'hypertrophie du système pileux est aussi accentué d'un côté que de l'autre, alors que la paralysie et l'atrophie musculaire sont nettement plus accentués sur le membre inférieur gauche. Cependant, sur le membre inférieur droit, le moins paralysé, l'hypertrichose s'arrête un peu plus haut qu'à gauche.

La nature de l'hystérie et son traitement

par le Dr P. Joire (de Lille)

L'hystérie est une maladie qui a subi bien des vicissitudes. Depuis l'époque où l'on considérait l'hystérie comme une manifestation surnaturelle et où l'on brûlait les hystériques comme sorcières, les anatomo-pathologistes ont imaginé la théorie des neurones, qui n'a pas eu grand succès auprès des cliniciens, ni des malades, car elle n'a jamais aidé à guérir qui que ce soit. Dans ces derniers temps, quelques esprits paradoxaux se sont imaginés de dire que l'hystérie n'existe pas. Ceux-ci ne s'aperçoivent pas que c'est tout simplement un retour à la théorie moyennageuse, car ils ramènent tous les symptômes de l'hystérie à la suggestion; ce qui prouve tout simplement qu'ils ne connaissent bien ni l'hystérie ni la suggestion.

Sans nous attarder à des recherches purement spéculatives, nous nous attacherons à des faits cliniques, les seuls véritablement intéressants pour les malades, parce qu'ils conduisent à des résultats utiles.

Nous considérons l'hystérie comme un trouble dynamique du système nerveux, et nous définirons cette maladie en disant: L'hystérie est une modification de l'équilibre normal du système nerveux,

modification telle que l'activité où le potentiel du système nerveux se trouve diminué sur certains points et augmenté sur 'autres, au détriment des premiers, sans qu'il ait, en réalité augmentation ni diminution dans le total de l'activité nerveuse disponible.

C'est cette proposition que nous allons démontrer.

A l'état normal, le potentiel du système nerveux est réparti régulièrement en vue du fonctionnement normal. L'hystérie est un trouble de cet équilibre du système nerveux, cela ressort clairement comme nous allons le voir, des symptômes que nous constatons.

L'hystérie est une maladie essentiellement complexe, présentant des symptômes de tous genres, mais il ne faut pas considérer une hystérique en particulier, il faut considérer ce que tous ces troubles présentent de commun. Pour cela il est nécessaire de les classer et nous verrons qu'ils présentent dans leur ensemble des symptômes communs qui sont véritablement les symptômes généraux de la maladie.

Nous allons d'abord diviser en trois groupes toutes les manifestations de l'hystérie et nous verrons que l'on peut y classer tous les symptômes observés.

1° Groupe des anomalies de la sensibilité;

2° Groupe des anomalies de la motricité ou de la force;

3° Groupe des anomalies psychiques.

Voyons en premier lieu ce qui se passe dans le groupe des phénomènes de la sensibilité. Et d'abord qu'est-ce que la sensibilité?

On pourrait définir la sensibilité, la faculté qui nous fait percevoir une sensation quelconque lorsqu'une impression vient exciter un nerf.

Cette définition, très large, comprend à la fois, la sensibilité sensorielle, quelle qu'elle soit, et la sensibilité tactile. Mais il est évident aussi que cette sensibilité comprend dans ses genres bien des degrés différents. La sensibilité normale devra être considérée comme la région moyenne, au-dessus et au-dessous de laquelle nous trouverons des degrés d'exagération ou de diminution de l'état normal, et nous allons voir que ces modifications de la sensibilité, en plus ou en moins, vont nous apparaître, s'écartant d'une façon absolument symétrique de la normale.

Qu'est-ce en effet que le premier degré d'exagération de la sensibilité? C'est une sensation telle qu'une excitation, qui ne produirait normalement qu'une sensation légère, ou une sensation de contact, produit une sensation violente ou pénible; c'est ce qu'on appelle l'hyperesthésie.

Que trouvons-nous, au contraire, de l'autre côté de la normale, comme premier degré de la diminution de la sensibilité? C'est une sensibilité qui perçoit d'une façon trop faible les impressions, ou

plutôt, qui a besoin pour être impressionnée, d'une excitation plus violente ou plus prolongée. Nous pouvons appeler cet état hypoesthésie pour le mettre en regard de l'hyperesthésie, et nous y joindrons la sensibilité retardée.

Revenons à la sensibilité exagérée; que trouvons-nous au point extrême de cette exaltation? Une sensibilité telle qu'une excitation imperceptible produit une impression d'une acuité extrême, ce qui n'est autre chose que le phénomène de la douleur. Douleur spontanée, dit-on bien souvent pour exprimer la douleur névralgique, ce qui veut dire seulement que la cause en est si minime qu'on ne peut la découvrir, elle peut, du reste, être purement psychique.

L'exagération de la diminution de la sensibilité nous conduit à l'autre point extrême. C'est un état tel qu'une excitation quelle qu'elle soit, ne produit plus aucune impression, car la sensibilité pourra être indéfiniment diminuée jusqu'à ce qu'elle ait totalement disparu. La disparition complète de la sensibilité c'est l'anesthésie.

Si nous récapitulons tout ce que nous venons de dire de la sensibilité, nous voyons que nous avons une progression complète, régulière et ininterrompue, dont les grandes étapes sont: l'anesthésie, l'hypoesthésie ou la sensibilité retardée; la sensibilité normale; l'hyperesthésie; la douleur.

Et si nous voulons exprimer cette progression et la simplifier par une formule algébrique en fonction de la sensibilité normale, nous pourrons dire:

La sensibilité normale sera exprimée par $S - n$;

L'hypersthésie par $S + n$;

L'anesthésie par $S - {}^{2}n$;

La douleur par $S + {}^{2}n$.

Vous pouvez vous figurer un tableau schématique représentant la gamme des divers degrés de la sensibilité. La sensibilité normale sera représentée par la lettre S. En dessous, l'anesthésie qui sera représentée par $S - {}^{2}n$, l'hyperesthésie, venant au-dessus, $S - n$, puis nous nous élevons aux degrés supérieurs, et nous aurons l'hyperesthésie qui sera représentée par $S + n$; au-delà, nous aurons la douleur que nous représenterons par $S + {}^{2}n$.

Evidemment, il y a des gradations infinitrésimales entre tous ces degrés, c'est-à-dire que vous pouvez subdiviser tous ces degrés à une échelle infinie, mais nous en arriverons toujours à ceci, que la sensibilité normale tient le milieu d'une progression qui commence par la sensibilité anéantie pour arriver à la sensibilité poussée à son extrême limite qui est la douleur.

J'ai dit que l'état nerveux des hystériques se manifeste d'une part par la sensibilité, et d'autre part par la force ou motricité. En effet, non seulement un corps est sensible, mais aussi il a des mouvements: l'état d'un être vivant c'est d'agir. Par conséquent, la force est la

seconde manière d'être, le second mode de manifestation du système nerveux.

Passons donc maintenant au second groupe, les phénomenes de la motricité ou de la force.

La force normale se manifeste par une contraction musculaire, qui doit être sous la dépendance de la volonté ou d'un automatisme acquis. La force pour être normale doit être dirigée dans le sens d'un mouvement à effectuer, et bien proportionné au but à atteindre.

Pour les phénomènes de force comme pour les phénomènes de sensibilité, nous allons trouver des anomalies dans le sens de l'exagération et des anomalies dans le sens de la diminution.

Nous constaterons une diminution anormale de la force, lorsque la volonté ne produira qu'une contraction musculaire insuffisante pour effectuer un mouvement donné, ne dépassant pas le taux de production d'un travail normal, c'est la parésie.

Cette diminution de la force, nous la constaterons au dynamomètre.

Nous observerons encore un autre genre de diminution de la force, lorsque la volonté n'agissant pas sur les groupes musculaires les plus favorables à un mouvement voulu, il y aura déperdition de force dans le travail donné. C'est ce qui se rencontrera dans certains genres d'incoordination des mouvements.

Au contraire, il y aura anomalie par exagération de la force, ou production de force en excès, quand nous constatons des contractions musculaires, indépendantes de la volonté et ne produisant aucun effet utile. C'est ce qui se produit dans les tremblements, dans les contractions convulsives.

La diminution de la force portée à l'excès, aboutira à l'impossibilité absolue de contracter les muscles; d'abord sous l'influence de la volonté, puis, même sous l'influence d'une excitation réflexe; c'est la paralysie.

D'autre part, l'exagération de la force, également portée à l'extrême, sera une contraction musculaire permanente, et telle que la volonté même sera devenue incapable de la modifier; elle prend alors le nom de contracture.

Nous trouvons donc, dans les phénomènes de motricité ou de force, une progression aussi complète et aussi régulière que pour les phénomènes de sensibilité.

Cette progression sera:

La paralysie; la parésie; la force normale; le tremblement et les contractions convulsives; la contracture.

Progression que nous pouvons aussi exprimer et simplifier par une forme agébrique, en fonction de la force normale, qui sera:

Force normale exprimée par F;

Parésie par F—n;

Tremblement par $F + n$;
Paralysie par $F - {}^2n$;
Contracture par $F + {}^2n$.
$F + n$, contraction ou tremblement;
F, force normale;
$F - n$, parésie;
$F - {}^2n$, paralysie.

Ainsi nous avons une progression absolument régulière, depuis l'anéantissement de la force jusqu'à la force poussée à son extrême limite; et tout à l'heure vous verrez que nous reproduisons ces formules pour apprécier ce que nous trouverons chez les hystériques.

Voilà pour l'état physique.

Nous arrivons au troisième groupe, le groupe des anomalies psychiques.

Si nous considérons l'état psychique des hystériques, nous verrons également que cet état psychique peut être troublé par des variations d'exagération ou de diminution, dans les fonctions telles qu'elles doivent se trouver proportionnées pour que l'individu soit normal.

Nous avons à l'état normal, comme régulateurs de l'état psychique, deux grandes fonctions qui doivent être combinées l'une avec l'autre, et se trouver dans de bonnes conditions relatives l'une à l'autre pour que la fonction psychique soit normale; ce sont la sensibilité psychique ou impressionnabilité et la volonté.

La sensibilité ne doit pas être exagérée, parce que si l'impressionnabilité est exagérée, elle domine les actes volontaires.

Si la volonté est exagérée, nous avons alors une diminution de la sensibilité, et l'état n'est pas normal.

La volonté et le raisonnement doivent dominer d'une façon habituelle, tandis que la sensibilité, qui s'éveille par l'impression ressentie, laisse les impulsions automatiques soumises d'une façon normale de la volonté.

Or, nous devons constater que ces fonctions peuvent être troublées; nous pouvons voir des personnes dont les impulsions automatiques sont supérieures aux facultés psychiques volontaires, des personnes qui agissent sous l'influence de ces impulsions automatiques, sans les soumettre à l'influence modératrice de la volonté.

C'est ce qui se présente chez les hystériques. Nous pouvons encore exprimer clairement cet état par une formule algébrique.

L'état normal existe lorsque les facultés psychiques supérieures, qui comprennent : l'intelligence, la valonté, le raisonnement, et que nous désignons par P, font équilibre aux facultés inférieures: impressions sensitives et affectives, sensations, impulsions automatiques, réflexes, dont nous désignerons l'ensemble par la lettre A.

Dans le fonctionnement normal, la première catégorie doit dominer la seconde, condition essentielle de l'équilibre, que nous exprimerons par la formule : $P = A$.

Dans l'hystérie, l'équilibre psychique est rompu, toujours dans le même sens, c'est-à-dire que le groupe inférieur des sensations : impressions, impulsions domine le groupe supérieur : volonté et raisonnement ; nous avons A qui devient plus grand que P.

Mais ce trouble peut se produire de trois façons : ou bien P reste normal et il y a exagération du groupe A, ce qui donne la formule : $P <$ que $A + n$.

Ou bien c'est le groupe A qui reste normal et P qui est amoindri, nous avons alors : $P - n' < A$.

Enfin, on peut avoir en même temps exagération de A et diminution de P, ce qui donne $P - n' < A + n'$.

Le tableau schématique ci-dessous explique bien ce qui se produit dans ces trois cas :

Etat normal	$P = A$.
Anomalies 1er genre	$P < A + n$.
Anomalies 2e genre	$P - m < A$.
Anomalies 3e genre	$P - m' < A + n'$.

Il arrive quelquefois que le déplacement de l'équilibre du système nerveux au point de vue de la force est évident et que l'on peut facilement constater la compensation ; quand, par exemple, un membre est paralysé et un autre contracturé.

Mais le cas n'est pas toujours aussi facile quand ,par exemple, un des facteurs du trouble moteur est interne ; ainsi, parfois, vous trouverez une contracture musculaire dans un membre, vous ne voyez pas tout d'abord de compensation à ce déplacement de la sensibilité ; mais vous interrogez le malade ou son entourage et vous finissez par découvrir qu'il est atteint d'une constipation opiniâtre qui a débuté en même temps que la contracture. Ce n'est pas autre chose qu'une parésie musculaire constatée.

Il y a encore d'autres combinaisons plus complexes en apparence, mais qui donnent toujours raison à la formule schématique que nous avons donnée de l'hystérie.

Il faut considérer que la sensibilité et la force ne sont que des modalités différentes de l'activité du système nerveux, elles peuvent, par conséquent, se compenser l'une par l'autre, et nous pouvons trouver leurs troubles combinés ; ainsi, une contracture, augmentation de la force, peut avoir pour contre-partie une anesthésie, diminution de la sensibilité ; une douleur, exagération extrême de la sensibilité, peut avoir pour contre-partie une paralysie, disparition complète de la force ; une parésie peut être mise en regard d'une hyperesthésie, etc.

Parmi les symptômes physiques de l'hystérie, nous trouvons en premier lieu les troubles de la sensibilité. Presque toujours on trouve chez les hystériques des troubles de la sensibilité cutanée sous forme de zones ou de plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie. Quelquefois, quand il y a à la fois des zones d'anesthésie et des zones d'hyperesthésie, ces troubles se compensent en partie. Mais le plus souvent, on constate des troubles de la sensibilité cutanée beaucoup plus étendus et plus profonds dans un sens que dans l'autre, il faut alors en chercher d'autre part la compensation. C'est ainsi que l'on trouve parfois des névralgies, qui sont précisément la cause qui amène la malade à consulter un médecin, et, à l'exploration de la sensibilité, on trouve des zones d'anesthésie plus ou moins étendues. Trouble de la sensibilité en excès jusqu'à la douleur, d'une part; diminution compensatrice de la sensibilité d'autre part. Cela répond, on le voit, à la définition et à la formule que nous avons données. Le même phénomène peut se présenter sous des formes d'une variété infinie.

Quand nous avons un traitement hypnotique à entreprendre chez un malade, ou, plus généralement, quand un nerveux se présente à notre examen, il est de la plus grande importance de bien faire le diagnostic de l'hystérie. Parmi les troubles de la sensibilité qui sont les premiers éléments de diagnostic à envisager, les réflexes oculaire et pharyngien sont de ceux que l'on interroge le plus fréquemment, et leur importance est telle qu'un clinicien sérieux ne saurait les négliger. Je veux insister ici sur l'importance de cet examen bien fait ,et sur la manière dont il faut le pratiquer pour cela; importance qui m'a été démontrée par un grand nombre d'observations, qui viennent aussi confirmer les idées que je soutiens depuis longtemps sur les troubles de la sensibilité compensés chez les hystériques.

On se bornait autrefois à toucher la cornée avec un corsps mousse et à chatouiller le pharynx avec un abaisse-langue, le manche d'une cuillère ou un instrument quelconque. Un examen aussi grossier ne peut plus être admis dans l'état actuel de nos connaissances cliniques, car cette exploration superficielle peut très bien provoquer des réflexes oculaires et pharygiens, alors qu'il existe des troubles certains de la sensibilité qui passeront ainsi inaperçus et induiront en erreur. J'ai constaté, en effet, relativement au réflexe oculaire, que dans un certain nombre de cas, le bord ciliaire le la paupière est le siège d'une hyperesthésie, de sorte que le moindre contact de l'instrument provoque un réflexe très violent, tandis que la cornée elle-même est insensible si on la touche isolément.

Dans d'autres cas, j'ai constaté l'anesthésie de la cornée pour un seul œil, tandis que de l'autre côté la sensibilité était normale ou exagérée. Enfin, chez d'autres sujets plus rares, on trouve sur la cor-

née du même œil, une zone d'anesthésie et une autre zone de sensibilité normale ou d'hyperesthésie. Ces zones d'anesthésie sont essentiellement variables quant à leur situation; c'est, tantôt la région interne, tantôt la région externe, tantôt la région supérieure ou la région inférieure, etc. Ces zones irrégulières constatées sur un seul œil ne peuvent en aucune façon permettre de préjuger l'état de la sensibilité de l'autre œil, qui peut être normal ou anesthésié, en totalité ou en partie.

La présence de zones partielles d'anesthésie cornéenne a tout autant d'importance, au point de vue du diagnostic qu'une anesthésie totale. Il est donc évident qu'un examen trop rapide ou superficiel, ou fait avec un instrument grossier, est capable d'induire en erreur; soit parce qu'il se bornera à constater la sensibilité d'un point, soit parce qu'il portera tout à la fois l'excitation sur un point anesthésié et sur un point sensible qui provoquera le réflexe.

Pour ce qui concerne le réflexe pharygien, je signalerai les diverses observations suivantes: chez certains sujets, j'a iconstaté une anesthésie de la partie supérieure du voile du palais et hyperesthéperesthésie ou sensibilité normale de l'autre moitié. Chez d'autres, anesthésie de la partie supérieure du voile du palais et d'hyperesthésie du bord inférieur y compris la luette, ou l'inverse réciproquement. Dans d'autres cas, la muqueuse horizontale du palais est sensible et la muqueuse verticale du voile du palais est insensible. D'autres fois, il y avait insensibilité du voile du palais, mais une hyperesthésie très prononcée de la base de la langue, de sorte que, si l'on tauchait quelque peu à la langue en explorant le voile du palais, on provoquait un réflexe énergique. Enfin, un phénomène encore plus délicat, consiste en des plaques d'anesthésie qui siégent indifféremment sur un point quelconque du voile du palais. Ces plaques d'anesthésie peuvent avoir la dimension d'une pièce d'un ou de deux centimes et laissaient une sensibilité normale ou exagérée sur toutes les autres parties de la muqueuse.

Par conséquent, pour tous ces cas, comme pour ceux que je signalais tout à l'heure concernant le réflexe oculaire, une exploration peu attentive ou faite avec un instrument trop volumineux, devait le plus souvent provoquer le mouvement réflexe et empêchait de constater un trouble de sensibilité existant en réalité.

En résumé, quand il y a le phénomène douleur, ou toute autre exagération de la sensibilité, toujours vous trouverez une diminution de la sensibilité dans un autre point du corps, qui se manifestera sous une forme quelconque, de sorte que l'ensemble de la sensibilité se retrouve toujours; ce qui est exagéré d'un côté est en diminution d'un autre côté; il n'y a pas d'augmentation mais déplacement.

A côté de ces troubles de la sensibilité, nous avons aussi les troubles de la motricité ou de la force.

Les contractures hystériques sont une des manifestations les plus fréquentes de la maladie ; il y a des contractures qui sont absolument classiques. Vous voyez, par exemple, ce que l'on appelle le pied bot hystérique, qui n'est autre chose qu'une contracture musculaire. Il en est de même de la coxalgie hystérique, qui fait que bien des hystériques restent couchées pendant quelques années.

Ce sont là des exagérations de la force normale, comme nous l'avons vu tout à l'heure.

Les paralysies ne sont pas moins fréquentes. Un bras, une jambe sont paralysés ; d'autres fois, c'est une main qui ne peut servir ; c'est une véritable paralysie.

Il y a dons l'hystérie des symptômes qui se rapportent aux organes des sens, des troubles de la sensibilité sensorielle. Nous pouvons avoir des troubles de la sensibilité des organes des cinq sens.

Les troubles de la vue sont très ordinaires ; d'abord, il y a les grands troubles de la vue, qui sont une véritable manifestation d'hystérie, quelquefois toute la manifestation de la maladie ; la suppression de la vue, l'amaurose hystérique. Les malades qui ont une véritable amaurose hystérique sont atteintes de la suppression de la faculté visuelle de l'œil.

On constate, plus souvent encore, le rétrécissement du champ visuel. Dans l'état normal, chacun de nos yeux a un certain champ, c'est-à-dire que, quand nous tenons l'œil immobile, en regardant un point fixe, nous voyons simultanément un certain nombre d'objets, parce qu'il y a un rayon dans lequel notre œil perçoit tous les objets.

Ce champ visuel vient de ce que notre rétine est sensible, et de ce que tous les rayons lumineux qui partent des objets, sans qu'li y ait d'obstacle interposé, viennent l'impressionner.

Il arrive chez les hystériques qu'il y a suppression d'une partie de cette sensibilité, cela produit ce qu'on appelle le rétrécissement du champ visuel. Cela signifie qu'une hystérique, au lieu de voir autour du point central, un cercle aussi grand qu'elle devrait voir, ne voit qu'une partie de ce cercle. Il y a donc déformation du champ visuel, qui, au lieu de former une circonférence, forme un dessin plus ou moins régulier.

Ce trouble est très fréquent. On constate également des troubles de l'ouïe ; ils sont moins fréquents. Toutefois, il n'est pas rare de trouver que la sensibilité auditive est diminuée ou exagérée.

L'exagération de la sensibilité de l'oreille fait que ces personnes se plaignent du moindre bruit. On voit quelquefois des personnes qui ne sont sensibles qu'à un bruit particulier, qui ne peuvent pas entendre un sifflement, par exemple, ou un bruit quelconque. Il y a une véritable hyperexcitabilité du sens de l'ouïe, exagération de la sensibilité auditive.

Les troubles de l'odorat sont assez fréquents, mais il est beaucoup plus rare de les constater parce qu'il n'y a que l'hystérique qui les constate. C'est souvent une imperfection du sens de l'odorat, qui se manifeste pour certaines odeurs; vous verrez des hystériques qui ne manifestent pas de sensation pour des odeurs très vives quelquefois, ou qui éprouvent une sensation olfactive agréable pour des odeurs désagréables, ou bien encore une sensation olfactive pénible pour certaines odeurs.

Certaines hystériques sont dans l'impossibilité de supporter l'odeur d'une rose ou d'une violette dans une chambre.

Le sens du goût peut être rapproché du sens de l'odorat. Quant au sens du toucher, il se confond avec la sensibilité; la plupart du temps, le sens du toucher n'est pas autre chose que de la sensibilité normale très développée par les extrémités nerveuses des doigts, et cette sensibilité, vous la trouverez souvent troublée chez les hystériques.

Parfois des hystériques ont de l'insensibilité des mains ou des doigts, et l'on constate ce fait, la plupart du temps, quand elles se brûlent. Des hystériques touchent un objet très chaud et ne s'en aperçoivent pas, et vous voyez alors des gens qui se sont brulés sans le sentir.

Le point le plus important à retenir dans tous ces troubles des organes des sens, qui sont sous la dépendance de l'hystérie, c'est qu'ils sont absolument curables.

Qu'il s'agisse d'amaurose hystérique ou de tout autre trouble de la vue causé par cette maladie; qu'il sagisse de surdité, du trouble du goût ou de l'odorat, ces affections, comme toutes celles qui sont sous la dépendance de l'hystérie peuvent toujours être guéries par la suggestion hypnotique.

Les crises ou convulsions hystériques peuvent être considérées comme des décharges périodiques de la force. Quand ces convulsions sont violentes et générales, on voit presque toujours qu'il leur succède une paralysie aussi momentanée de tous les muscles, qui se manifeste par une période de dépression absolue, d'inertie, de sommeil; et l'émission involontaire des urines montre souvent que les muscles de la vessie eux-mêmes participent à cette paralysie momentanée. La compensation est alors évidente, mais au lieu d'être simultanée elle se fait successivement.

Quand les crises sont moins violentes et se bornent à des tremblements, des accès de rire et de larmes ou toute autre manifestation, elles retrouvent toujours leur équilibre dans une anesthésie quelconque, que l'on trouve soit dans les organes internes, soit dans la snsibilité cutanée du sujet.

On voit donc que, si l'on soumet l'hystérique à une exploration suffisamment complète de sa sensibilité et de sa force ou motricité,

on trouve toujours que le déplacement de l'équilibre de la force nerveuse, diminuée d'une part, augmentée de l'autre, trouve dans tous les cas, sa compensation dans un trouble opposé, ce qui donne raison à la définition que j'ai donnée de la maladie.

Un nouveau moyen nous permet de plus de constater, d'une façon pour ainsi dire mathématique, ces déplacements de la force nerveuse, c'est l'exploration au moyen du sthénomètre.

NEUROLOGIE THÉRAPEUTIQUE

Traitement électrique des névralgies

par le Dr Foveau de Courmelles (de Paris)

Combien fréquentes et tenaces les névralgies, bêtes noires des malades et des médecins! Que de médicaments, que d'agents physiques, employés contre elles. C'est dire qu'aucun procédé de traitement n'est spécifique et qu'il faut connaître toute la pharmacopée, toute la physiothérapie, pour y recourir à l'occasion.

Le physiothérapeute ne voit en général que la névralgie ayant déjà essayé tous les médicaments possibles. La névralgie faciale, intercostale ou sciatique, a résisté. Que faire alors? Sinon de l'électricité, de la lumière, des rayons X, du radium. En ce congrès, à diverses reprises, je me suis occupé de la sédation de la douleur. Les moyens se sont multipliés et une rapide étude d'ensemble ,de mise au point, me paraît indiquée.

Pour cela, il convient de passer en revue, toutes les modalités où l'électricité joue quelque rôle, soit comme agent de force motrice de chaleur, de radiation ,de phénomènes électrolytiques, révulsifs ou destructeurs...

L'électricité statique est la première en date. Dès le XVIIIe siècle, on l'employa en frictions, étincelles, effluves, encore usitées aujourd'hui; les frictions et les étincelles peuvent être gardées, bien que douloureuses mais efficace pour les névralgies sciatiques ou intercostales, mais pour la face, ce serait là un procédé dangereux, à cause du voisinage des yeux, l'effluve est préférable. J'en dirai autant, d'une modalité toute récente, la haute fréquence qui peut s'employer sous les mêmes formes, et sur lesquelles je ferai les mêmes réserves. L'étincelle de haute fréquence a même pu réveiller des douleurs de zona que calmèrent ensuite la galvanisation (P.-Ch. Petit) ; je préfère dans ces cas, la radiothérapie d'emblée qui sèche la manifestation cutanée et calme la douleur. Le Dr Alcide Treille, professeur de l'Ecole d'Alger, a jadis publié son auto-observation à la *Société médicale des Praticiens*.

La galvanisation peut être employée par tous les praticiens, et c'est là un grand avantage, le matériel peu encombrant, et je le démontrai dans une leçon que voulut bien me faire faire, en son service de l'hôpital Beaujon, le 2 juin, le professeur Albert Robin. Une boîte d'éléments de piles au bisulfate acide de mercure de vingt

éléments est suffisante. S'il s'agit de la face, le courant devra être extrêmement constant, ne provoquer nullement de secousses qui réveillerait la douleur. On prendra une grande électrode positive, par suite calmante, bien moulée dans la région faciale douloureuse, feutre plastique ou épaisses couches d'ouate hydrophyle épousant bien la forme du visage et recouvertes de métal souple. On établira le courant lentement, progressivement, sans variations, et l'on pourra aller jusqu'à 50 milliampères. Le pôle négatif sera placé en pôle perdu. On peut imbiber l'électrode positive et active, d'une substance calmante, morphine, cocaïne..., comme, dès 1890, je l'ai préconisé sous le nom d'*électrolyse médicamenteuse*. Il y a là une pénétration infinitésimale, mais réelle et de corps doués de propriétés suractives, à l'état naissant, colloïdal peut-être, et restant quelque temps *in sitû*, avant de se diffuser dans l'organisme. Cette ionisation, pénétration ionique, ou mieux *électrolyse médicamenteuse*, appellation que j'ai donnée en 1890 et à laquelle on revient, est indiscutable puisqu'on trouve le médicament dans les urines et que ses effets thérapeutique se produisent.

Dans la névralgie sciatique, la galvanisation négative a donné au Dr Ch.-R. Dickson (de Toronto) des succès; l'électricité statique médiate et les courants de Morton ont réussi au Dr Ch. de Blois (de Trois-Rivières, Canada).

La faradisation, en quelque sorte un procédé homéopathique, puisque douloureux, *similia similibus*... a aussi été préconisée, mais les patients la repoussent en général, surtout pour la face.

Nous arrivons ainsi aux procédés récents:

1. Les étincelles de haute fréquence souvent efficaces contre les névralgies intercostales et sciatiques, en frictions par-dessus les vêtements, et les effluves, pour la face, nous l'avons dit;

2. Les rayons de Rœntgen, très sédatifs, comme nous l'écrivions dès 1909;

3. La lumière bleue et ultra-violette, et le radium, comme nous le disions à ce congrès, dès août 1903...

La radiothérapie doit, contre les névralgies, utiliser des doses faibles, et filtrer les rayons par la plaque d'aluminium reliée au sol, ainsi qu'on doit toujours le faire en radiothérapie, ainsi que je l'enseignai en mon cours libre de la Faculté de Médecine de Paris, dès mai 1897. La douleur cède en général, et je constatai le fait en radiographiant en 1899, par l'endodiasopie, le maxillaire d'une patiente déjà deux fois opérée en 1884 et 1886 d'élongation, puis section du nerf facial, etc... en vain. Vingt minutes pour trois radiographies espacées la guérissent pendant cinq ans; ce laps de temps écoulé la malade revint faire dix séances de dix minutes et fut de nouveau guérie... jusqu'à sa mort survenue à la suite de congestion pulmonaire, trois ans après!

La lumière bleue est sidérante du système nerveux en général, et les aliénistes le savent qui utilisèrent jadis les chambres bleues pour leurs déments excités; mon regretté ami le D[r] A.-V. Minine, de Saint-Pétersbourg, en 1901, préconisa la lumière bleu comme sédatif mais lui-même en constata les irrégularités. Je pus personnellement faire l'observation suivante: une dame atteinte de névralgie faciale exposée à la lampe bleue de 50 bougies, la sentit s'exacerber. J'en cessai l'application, mais de suite lui appliquai sur le point de plus douloureux le compresseur de mon radiateur photothérapique, l'ultra-violet produisit une sédation immédiate. On ne peut alléguer ici la suggestion, car après l'échec de la lumière bleue que j'avais dite sédative, la patiente ne pouvait plus avoir grande confiance et cependant elle fut soulagée immédiatement. L'action dura plusieurs heures dès cette première application de lumière ultra-violette, et au bout de douze séances, la névralgie faciale avait complètement disparue.

Aussi, dès 1902, employant déjà le radium aux rayons ω, β, γ, complexes et participant des rayons cathodiques, X et lumineux, je pensai à une similitude d'action et en émettai l'idée au Congrès d'électrologie et de radiologie de Berne; et en 1903, j'y revenai ici même, avec des expériences démonstratives. Là, où les autres radiations ont échoué, le radium réussit plus souvent. Je ne dirai pas qu'il est infaillible, rien ne l'est du reste, mais dans ces névralgies faciales indomptables et tenaces comme il en est trop, il est bon de connaître un agent qui parfois les maîtrise, et le radium est souvent cet agent. Il faut être sûr de son radium par exemple, car la commercialisation, le monopole ou presque des sels radifères, exigent des garanties sérieuses, attendu que son prix de 400,000 francs le gramme, sa rareté, sa difficulté de production, l'impossibilité actuelle d'avoir les pechblendes de Joachimstal réservées à l'Institut autrichien... peuvent rendre, faciles et lucratives, les fraudes. On s'est imaginé de louer le radium aux médecins, une « gardienne » ne le quitte pas, le praticien sait-il ce qu'il fait? Ne fait-il même pas ainsi de la médecine illégale, car son diplôme ne lui donne le droit que d'exercer « sous son propre contrôle » et ce contrôle n'existe plus! N'est-ce pas un cas analogue à ceux de médecins recourant à des somnambules médiums? En outre, si le client est brûlé, le médecin sera cependant poursuivi comme responsable.

Je viens de parler de brûlures, c'est qu'en effet, rayons X et radium peuvent brûler profondément, dangereusement, mortellement et à longue échéance. Ce sont des agents très actifs que le médecin doit connaître et utiliser surtout dans ces névralgies rebelles dont nous parlons, mais avec quelle prudence?...

Comme conclusions: l'inefficacité, la multiplicité des actions mé-

dicamenteuses et physiothérapiques, implique sans doute des variétés multiples de névralgies que nous ne pouvons encore différencier; de là, la nécessité de connaître et d'utiliser, par tâtonnements ou empirisme, toutes les ressources thérapeutiques! Encore échouera-t-on parfois! La suggestion et la vue des appareils même si grands que ceux de haute fréquence, n'ont qu'une action relative en l'espèce. Ce sont bien des transformations organiques locales, voire des modifications générales, qui sont les agents de soulagement ou de guérison des névralgies, en physiothérapie.

Le traitement des hémiplégies par l'électricité

par le Dr L. Raoult-Deslongchamps

Si tous les neurologistes sont d'accord pour reconnaître l'utilité du traitement électrique dans les hémiplégies, les opinions diffèrent sitôt qu'il s'agit de savoir à quel moment on doit instituer le traitement, quelle modalité électrique doit être employée, et comment elle doit être utilisée.

Or jusqu'à présent on a admis qu'il fallait attendre plusieurs mois avant de commencer le traitement par l'électricité, par crainte des contractures qu'on a quelquefois vu se produire à la suite d'électrisations intempestives; d'autre part, comme traitement, on a surtout employé le courant faradique qui provoque une contraction brusque du muscle, cette contraction allant jusqu'à l'état de tétanisation lorsque le courant est trop fort et son action trop prolongée; quelques neurologistes ont recommandé le courant continu dont les interruptions donnent des contractions qui ont au moins l'avantage de ne pouvoir provoquer cet état tétanique que donne le courant faradique mal appliqué. Ces applications à peu près uniquement employées jusqu'à ce jour nous semblent mal remplir le but que doit se proposer le médecin dans la cure des paralysies hémiplégiques. L'hémorragie cérébrale a provoqué l'altération d'un centre du cerveau; le cerveau seul est atteint, primitivement le muscle, ni le nerf ne présentent aucune lésion; le but à atteindre est de reconstituer le centre qui fait défaut, et pour cela il est nécessaire de substituer à l'électrisation la rééducation électrique.

Depuis quelque temps l'appareillage électrique s'est enrichi d'instruments qui permettent d'onduler le courant, de l'appliquer à l'état progressivement croissant et progressivement décroissant; on peut appliquer ainsi aussi bien le courant faradique que les courants alternatifs, sinusoïdaux, continus; et le courant ainsi appliqué,

quelle que soit sa modalité au lieu de la contraction brusque obtenue autrefois, donne une contraction progressive, lente, se rapprochant beaucoup de la contraction physiologique soumise à la volonté.

On voit tout de suite l'avantage d'employer ces courants ondulés dans la cure des hémiplégiques, et si chaque fois que l'on provoque le mouvement d'un muscle ou d'un groupe de muscles, on attire l'attention du malade sur le mouvement obtenu, si on lui demande de reproduire ce mouvement en l'aidant par l'application du courant, on fait de la rééducation électrique et les résultats sont tout différents de ceux que peuvent donner l'électrisation qui ne recherche pas cet effet de rééducation. D'autre part, en dehors de ce traitement des paralysies, il peut être utile d'adjoindre un traitement électrique de l'état général. On peut avoir recours aux bains statiques ou encore mieux aux bains locaux avec courant continu dont l'action sur la circulation peut être très précieuse, mais ce n'est là qu'un traitement adjuvant.

Nous ajouterons que nous avons cru trouver avantage à substituer au courant faradique le courant sinusoïdal dont l'application est moins douloureuse, donne des contractions aussi fortes que le courant faradique. Nous avons appliqué ce traitement plusieurs fois quelques jours après l'ictus et nous avons la conviction qu'un traitement prudemment appliqué par ce procédé ne provoque pas de contracture, mais permet de gagner beaucoup de temps pour l'obtention de la guérison.

Cependant il faut tenir compte de ce fait que beaucoup d'hémiplégiques sont obnubilés intellectuellement; chez ces malades il est bien difficile de fixer l'attention, et c'est un point dont il faut tenir compte pour établir le pronostic du traitement; le résultat obtenu devant être d'autant plus favorable que le malade a conservé davantage l'intégrité de ses fonctions intellectuelles.

Le traitement des névrites périphériques par les agents physiques

par le Dr L. Raoult-Deslongchamps (de Paris)

Des causes multiples (traumatisme, impression, intoxication, infection, froid), sont susceptibles de provoquer du côté des nerfs une réaction inflammatoire. Cette réaction inflammatoire, qui constitue la névrite périphérique, peut intéresser particulièrement le tissu conjonctif qui englobe les fibres nerveux et il semble que ce n'est que secondairement que les fibres elles-mêmes sont attirées dans leur structure. Si l'inflammation a atteint un nerf sensitif, les phénomènes douloureux prédominent; si, au contraire, elle intéresse un nerf moteur, ou mixte, on observe des phénomènes de parésie.

Le traitement peut être symptomatique et c'est le traitement le plus fréquemment employé; les analgésiques étant donnés pour combattre la douleur, les excitants du système nerveux (strychnine, etc.), pour combattre la parésie, et il faut reconnaître que souvent la *natura medicatrix* faisant le reste, la lésion guérit.

Mais il est un autre traitement qui s'adresse à la cause elle-même, qui s'applique à faire disparaître la lésion, traitement auquel nous force souvent à avoir recours la persistance des symptômes. Or, de tous temps, à l'inflammation la thérapeutique a opposé la révulsion dont l'action principale peut se ramener à une circulation activée et plus abondante.

Au cours de ces dernières années, l'application à la thérapeutique des différents agents physiques, nous a permis d'obtenir des actions révulsives d'une intensité considérable.

On peut dire que tous les agents physiques ont été employés à la cure des névrites, mais il est un procédé souvent recommandé que je veux tout de suite mettre à point: c'est le massage. Il est susceptible d'assurer une circulation plus active, de guérir certaines névrites à lui seul, mais souvent, il provoque de telles douleurs qu'il m'est arrivé de faire plusieurs fois le diagnostic de névrite sur le récit que me faisait le malade des grandes douleurs que provoquaient les massages. Je crois que c'est un procédé qui doit n'être employé qu'à la fin du traitement, lorsque la douleur a disparu; quant à moi j'y ai renoncé.

Le froid est un procédé employé depuis longtemps; il en est de même de la chaleur qui, sous forme de douche d'air chaud, nous a donné des succès. L'effluvation de haute fréquence, l'éteincollage, les rayons X ont de nombreux cas de guérison à leur actif; mais le meilleur agent thérapeutique nous semble être le courant continu qui, à intensité suffisante, amène au point d'application une vascularisation considérable. Donc, en présence d'un cas de névrite, nous appliquons une électrode a l'émergence du nerf sur la moëlle, une autre électrode a son point de terminaison; le plus souvent il s'agit d'un membre et la seconde électrode est constituée par un bain de bras et un bain de pied. Le courant continu est amené progressivement à 20 ou 25 milliampères et la séance prolongée pendant un quart d'heure. Lorsque les douleurs deviennent moins vives, nous faisons passer du courant sinuroïdal qui a une action de massage profond et favorise la circulation profonde. Quelquefois, il est utile d'adjoindre à ce traitement quelques douches d'air chaud. La guérison est généralement obtenue entre la huitième et la douzième séance; et nous avons guéri par ce procédé des sciatiques chroniques qui duraient l'une depuis 18 mois, l'autre depuis trois ans. J'ajouterai que sur 43 cas que j'ai traités au cours de ces trois dernières

années, je n'ai eu que deux insuccès, et l'insuccès s'explique au moins dans l'un des cas, car il s'agissait d'une sciatique provoquée par la compression d'un sarcome qui fut enlevé chirurgicalement.

Inutilité de l'isolement et supériorité de la cure libre dans le traitement de la neurasthénie et des névroses

par le Dr Paul-Emile Lévy (Paris)

I

Dans diverses publications, en particulier dans une communication au Congrès de médecine de Genève, en 1908, et dans un ouvrage récent (1), j'ai développé les idées suivantes: la méthode de l'isolement, joint au repos absolu, jusqu'aujourd'hui imposée comme une sorte de *dogme* incontesté, dans le traitement non seulement de la neurasthénie et des névroses, mais même des simples troubles dyspeptiques, ne se fonde sur aucun motif réellement valable. Il n'existe aucune raison plausible de soumettre le malade à cette mesure pénible et vexatoire, de le séparer de ses proches, de lui défendre toute relation avec eux, — même sous la forme indirecte et atténuée de la correspondance! —, de risquer de l'atteindre dans ses intérêts les plus essentiels, en lui enlevant toute surveillance, tout contrôle, sur ses occupations coutumières, nécessaires pourtant à son entretien vital, tout cela sous prétexte de guérir une affection qui peut être menée à bien avec tout autant et même plus d'avantages que dans ces conditions réputées défavorables. En d'autres termes, il est temps qu'à l'isolement, basé sur une conception insuffisante des névroses, se substitue ce que j'ai nommé la *cure libre et active,* issue d'une compréhension plus large et plus exacte de ces affections, et de ce que doit être leur thérapeutique.

Telles sont les idées que j'ai été conduit à affirmer très fermement, en m'appuyant non point sur une conception formulée *a priori,* toujours à bon droit suspecte, mais sur la pratique elle-même, longuement suivie et méditée: j'ai été, comme je l'ai écrit déjà, *non pas de la doctrine aux faits, mais des faits à la doctrine* qu'ils m'ont en quelque sorte imposée et dont le raisonnement n'a fait ensuite que me fournir la simple justification. Etant donnée l'importance du problème qu'elles soulèvent, il me paraît utile d'y revenir à nouveau aujourd'hui.

---

(1) P.-E. Lévy. *Neurasthénie et névrosés, leur guérison définitive en cure libre.* (F. Alcan), 2e édition.

II

Cr, il n'est rien de plus instructif, pour qui veut s'éclairer sur cette question de l'isolement, que de considérer les étapes mêmes par lesquelles elle est successivement passée. Ainsi, en effet, se trouve mis, d'emblée, en lumière, un point des plus remarquables : c'est que cette conception même de l'isolement n'est pas univoque ; c'est que sous ce vocable unique, et sans que les promoteurs de la méthode aient paru s'en apercevoir, s'abritent plusieurs conceptions fort diverses, chacune d'entre elles demandant, dès lors, à être considérée et jugée à part.

I. C'est Weir-Mitchell qui, en 1875, se fit l'initiateur du traitement des névroses, hystérie, neurasthénie, par l'isolement. A l'isolement se joignaient, on le sait, le repos absolu, imposé aux malades, à tel point qu'il leur interdisait même les mouvements qui ont pour but l'accomplissement des actes les plus simples de la vie journalière, repas, toilette, etc., ainsi que le massage, la suralimentation et l'électrisation générale. En somme, pour le médecin de Philadelphie, l'isolement, la séparation du milieu habituel, était surtout destiné à favoriser l'application des diverses thérapeutiques physiques considérées par lui comme utiles à la cure de ces affections. Cependant, il faisait valoir, d'autre part, que l'isolement avait cet avantage de soustraire les malades à leur entourage,, « devenu partie intégrente de leur vie de valétudinaire », à l'influence pernicieuse de « ceux qui se sont faits les esclaves de leurs caprices ». On peut donc, à juste titre, incarner l'isolement ainsi compris et pratiqué, comme destiné à permettre un ensemble de traitement physiques, et seulement d'une façon accessoire, à éliminer les influences morales mauvaises, sous cette formule : *isolement avec traitement moral négatif.*

En France, la doctrine de l'isolement fut adoptée et propagée surtout par Charcot.

II. Depuis lors, cependant, un fait capital s'est produit. Sous l'influence de l'école Nancéienne, est apparu le rôle éminent, primordial, dans les névroses, de l'élément moral, psychique et celui de la psychothérapie qui en découle. Or, et ceci ne peut manquer de frapper, tandis que ceux qui les premiers avaient parlé de psychothérapie, avaient fort peu fait mention de l'isolement, nous avons vu, plus récemment préconiser l'isolement au nom de la psychothérapie elle-même. L'isolement nous est aujourd'hui présenté comme fournissant les conditions les plus favorables à la mise en œuvre du traitement psychique : c'est ce que nous appellerons l'*isolement avec traitement moral positif.* C'est cette doctrine que nous voyons exposée par Dubois (de Berne), et surtout par MM. Camus et Pagniez, reproduisant l'enseignement de M. le Prof. Déjerine.

Il me semble qu'on peut ici déjà pressentir la vérité: c'est que ces auteurs, encore tout imprégnés des doctrines anciennes, se sont, en réalité, arrêtés à moitié de la route. Continuant à maintenir par habitude prise le traitement de Weir-Mitchell, d'ailleurs déchu déjà de sa plendeur première, ils ont tenté une compromission, une adaptation, qu'ils n'ont pu que faire forcément imparfaite, insuffisamment cohérente, entre ces doctrines qui méconnaissaient le rôle capital de la psychothérapie, et les conceptions modernes qui doivent en être toutes pénétrées. La psychothérapie, bien comprise, ne cadre nullement, comme on nous le dit, avec l'isolement: elle conduit, ainsi que je le montrerai, à une conception, à une pratique tout opposée, qui est la *cure libre*.

III. Mais il y a plus et nous voyons le mot d'isolement, comme la conception qu'il a longtemps incarnée, continuer encore, à leur insu à influencer ceux-là mêmes qui n'y voient qu'un simple adjuvent de la psychothérapie. Et c'est ainsi qu'à cette notion d'isolement, synonyme de *séparation du milieu habituel*, se mêle et s'amalgame, d'une manière, je ne crains pas de le dire, absolument déplorable, une autre notion tout différente, celle de l'isolement pris au sens propre du mot: *l'isolement-solitude*. C'est au nom de cette conception tout à fait étrange, que l'on voit les malades nerveux, déjà si portés à s'obséder sur leurs préoccupation morbides, isolés, *laissés seuls*, dans l'établissement où ils sont soignés, ou, s'ils sont traités chez eux, dans une pièce de leur appartement, à l'écart de leurs proches, qui n'ont pas permission de les voir, sans même la compagnie d'un garde, c'est-à-dire en somme dans les meilleures contions possibles pour cultiver leur névrose. C'est ainsi encore que l'on nous montre, dans l'ouvrage précité, les malades d'hôpital soigneusement isolés, murés dans leurs lits, avec rideaux fermés, ne s'entr'ouvrant qu'au fur et à mesure qu'il consentiront à guérir.

Dans ces procédés quelque peu rudimentaires, comme dans ceux auxquels j'ai fait allusion déjà, vestiges toujours du traitement de Weir-Mitchell, et que quelques-uns persistent à observer scrupuleusement, suppression absolue de toute visite, de toute lettre, de toute nouvelle venant de l'extérieur, intervient ,il faut bien le noter, un autre élément encore, et qui me paraît tout aussi peu favorable pour une bonne guérison des névroses: je veux dire la contrainte, l'*intimidation*, l'autorité trop sévèrement imposée. Si cette manière de faire, cette conception de l'isolement, peut, à la rigueur trouver sa justification, bien rarement, chez certaines natures rebelles, dans les cas d'anorexie dite hystérique, dans certaines manifestations essentiellement mentales, — l'esprit du malade, profondément faussé, pouvant n'être alors accessible qu'à certains procédés d'éducation quelque peu frustes —, l'expérience me permet

d'affirmer que ce ne peut et ne doit être qu'à titre tout a fait exceptionnel, et le plus communément, il n'en est nul besoin dans le traitement de la neurasthénie et des autres manifestations nerveuses.

III

On le voit : sous ce mot unique d'isolement se mêlent, bien à tort confondues, plusieurs conceptions thérapeutiques fort distinctes, qu'il était indispensable de dissocier tout d'abord. Cette confusion, cette équivoque, non aperçues encore ne sont certes pas déjà pour constituer à l'égard de la méthode elle-même une présomption bien favorable. Mais ce n'est là qu'un premier point. Et il suffit de prendre à part chacune de ces conceptions, chacun de ces procédés thérapeutiques pour voir combien chacun d'eux est aussitôt justifiable des critiques les mieux fondées.

1° En premier lieu, et ainsi que je viens déjà de l'indiquer, la notion d'*intimidation,* que l'on fait encore entrer si souvent dans la conception de l'isolement, qui se retrouve même, peut-on dire, dès l'origine du traitement de Weir-Mitchell, dans cette condition *sine qua non,* préalablement exigée de tous les malades nerveux, la manière systématique, de se séparer de leur famille et de leur vie habituelle, avant que l'on consente à entreprendre pour eux quoi que ce soit, cette notion, dis-je, ne peut nullement s'accorder avec une thérapeutique qui prétend essentiellement s'adresser au raisonnement et à la raison. Sauf exceptions infimes, les procédés d'intimidation, d'autorité imposée, sont parfaitement inutiles — on peut même dire néfastes — et doivent disparaître entièrement du traitement des névroses.

2° Il en est de même pour la notion proprement dite d'*isolement,* c'est-à-dire de *solitude* constituant un élément prétendu favorable à la cure du nerveux. J'ai montré, il y a bien longtemps, que le repos physique communément imposé aux malades nerveux, d'une manière si prolongée et absolue, ne déterminait aucunement, de façon obligée, le repos moral, avant tout indispensable au nerveux, et que celui-ci nécessite souvent, pour se produire, des conditions tout opposées d'exercice, d'activité, de distraction. Mêmes considérations s'appliquent à l'isolement. Ce qui est nécessaire au nerveux, ceci doit être clairement spécifié, ce n'est pas l'*isolement matériel, corporel,* où il ne peut, en effet, que ruminer, remâcher ses ennuis, ses craintes, ses idées pessimistes, sur sa maladie, son avenir, etc. C'est l'*isolement psychique, moral,* j'entends par là l'isolement de ces idées, de ces craintes, de ces obsessions. Or, cet isolement, il ne pourra de toute évidence l'obtenir qu'en étant entouré le plus possible, quoique naturellement avec toute la discrétion et tout le tact

nécessaire. La vérité est donc à l'inverse de ce qu'on a enseigné classiquement jusqu'aujourd'hui. Pour tout résumer en un mot, *le nerveux ne doit pas être isolé, mais désisolé.* Le mot, comme la conception d'isolement, mises à part les rares exceptions signalées ne doivent plus trouver de place dans la thérapeutique des affections nerveuses.

3° J'arrive enfin à la troisième conception, la plus importante, englobée sous le nom d'isolement et que pour plus de commodité, je désignerai sous le nom de *séparation du milieu habituel.* Quelles sont les raisons qui, d'après ses partisans, militent en faveur de cette méthode? On en invoque deux.

D'une part, nous dit-on, cette séparation permet au malade de reconstituer ses forces par le repos, inséparable de l'isolement. De l'autre, il se trouve ainsi soustrait aux soucis causés par les occupations de chaque jour, comme aux difficultés résultant de l'influence défavorable exercée par l'entourage.

Or, j'ai suffisamment montré que le repos n'est nullement favorable au nerveux, dans les proportions exagérées où on l'impose communément. N'est-il pas bien étrange, au surplus, que l'on persiste à ne considérer ainsi la question que sous une de ses faces, et à vanter si exclusivement le repos, et que l'on néglige totalement l'influence bienfaisante et tonique sur le système nerveux et l'organisme tout entier, du facteur opposé, de l'exercice, de l'action?

Les autres considérations invoquées sont-elles donc plus valables? Une première remarque vient tout de suite à l'esprit. On nous parle toujours de l'influence défavorable de l'entourage, péchant par excès de sollicitude ou de rudesse. En revanche, il est curieux que jamais l'on ne songe, — sans doute parce que l'on y trouverait d'emblée une de ces contre-indications que l'on prétend ne pas apercevoir à l'isolement systématique —, à metre en relief l'influence hautement favorable et salutaire que, dans bien des cas, il peut exercer. N'est-il pas bien certain, en effet, que bien souvent le malade trouvera chez ses proches une bienveillance, un dévouement, une abnégation, qu'il lui sera impossible de retrouver nulle part ailleurs à un si haut degré? Pourquoi, en vérité, irait-on songer, dans ces conditions, à lui créer un milieu tout artificiel, et moins propice à sa cure?

Mais, en admettant même que les conditions paraissent moins favorables, que l'entourage du malade ne soit pas tel qu'on le souhaiterait, que les occupations soient, dans une certaine mesure, pour lui, une cause d'inconvénient ou de fatigue, il faut bien reconnaître que le mal est souvent beaucoup moins grand qu'il n'a paru à première vue. Il n'est pas rare, — je le vois, pour ma part, constamment, — qu'il suffise de quelques restrictions dans les occupations coutumières, et, en ce qui concerne les rapports du malade avec ses proches, d'un peu de diplomatie, ferme et apaisante, de la part

du médecin, pour que tout cet énervement, toute cette effervescence, si intense au premier abord, tombent très rapidement, en sorte qu'on puisse évoluer ultérieurement, si je puis ainsi parler, sans aucune difficulité, sur terrain aplani.

En fait, ce que l'expérience me montre, même dans les cas plus complexes, c'est que la cure dans le milieu habituel est parfaitement possible : à part exceptions infimes, j'ai pu, en effet, traiter ainsi indistinctement *la quasi totalité* des névroses de toute nature, qui se sont présentées à moi, sérieuses, graves, et même très graves, et dont quelques-unes, confinant aux psychoses, auraient précisément pu paraître d'emblée ne pas pouvoir ni devoir être traitées dans ces conditions. Ce que l'expérience me montre encore et surtout — jointe au raisonnement logique qui vient lui fournir un solide appui — c'est que *non seulement cette cure peut être faite, mais qu'elle doit être faite,* parce qu'elle est de valeur bien supérieure, dans ses résultats, à l'isolement. Bien mieux que lui, elle est capable — et c'est là, bien évidemment, le critérium par excellence — de déterminer une guérison réelle et définitive, *sans rechute ultérieure.* Nous arrivons ici à la question capitale qui domine, si je puis dire, tout le débat et dont la solution va faire voir, sans conteste, de quel côté, — cure libre ou isolement — se trouve la vérité thérapeutique.

IV

Il est, en effet, un fait d'importance primordiale, qui permet de juger, de départager, entre les partisans des deux méthodes, et que j'estime avoir bien mis en lumière. Je veux parler des *rechutes,* observées dans les conditions habituelles de traitement par l'isolement. Les adeptes de cette méthode, il faut bien le dire, n'ont pas attiré l'attention sur ce point, pourtant intéressant à considérer, et cela sans qu'il y ait lieu, à coup sûr, de suspecter leur bonne foi, mais par cette seule raison bien simple, c'est qu'ils ne sont guère appelés à les observer. En revanche, la plupart des praticiens, avec qui je m'en suis entretenu, et qui voient, en quelque sorte, l'*envers* du traitement, étant appelés à suivre de nouveau le malade, une fois qu'il est rentré dans son milieu habituel, m'ont paru avoir leur opinion très formellement assise à cet égard. Et, pour cette raison même, je les ai toujours trouvés tout prêts, après quelques explications de ma part, à se déclarer partisans, comme moi-même, de la cure libre.

Ces rechutes reconnaissent plusieurs causes sur lesquelles je n'ai pas à m'étendre ici. Mais il en est une qui prime assurément toutes les autres en importance, et cette cause c'est précisément l'isolement. Un des faits des plus caractéristiques est, en effet, le suivant : elles

surviennent d'une façon extrêmement rapide, une fois le traitement cessé, parfois presque soudainement.. Tant qu'il est isolé, le malade se donne à lui-même et donne au médecin l'illusion d'être parfaitement guéri. Il reprend sa vie normale, après des mois parfois de cure faite en dehors de chez lui. En quelques semaines, voire même en quelques jours, à la première occasion qui le provoque à mettre sa résistance à l'épreuve, tout s'effondre, tout ce qui avait été si laborieusement acquis, disparaît, pour ainsi dire, instantanément. On voit de ces malades qui ont ainsi une série de rechutes, retombant à chaque fois, après des reprises de santé à peu près satisfaisante, décrivant ce que j'appelle familièrement les *montagnes russes*, exhaussement et affaissement se succédant sans interruption. On conçoit le découragement de ces malheureux, auxquels on ne fournit aucune explication de ces rechutes, et par suite, puisque tout l'essentiel de la cure réside précisément, ainsi que je l'ai établi, dans l'ensemble de notions justes, dans *l'éducation* qu'on aura su donner au malade nerveux, aucune possibilité de s'en prémunir.

L'explication n'est pourtant pas malaisée à trouver. Il suffit d'y réfléchir, en dehors de toute doctrine, à la lumière de ce simple *bon sens*, qui, dans l'étude des névroses surtout, l'emporte sur toutes les théories. Voici un malade pour lequel on élimine toutes les causes susceptible d'agir défavorablement sur lui. On le met au repos complet; on le suralimente; on lui remonte le moral, d'une façon forcément imparfaite cependant, il faut bien le noter tout de suite, puisqu'il se trouve précisément placé dans un milieu tout factice, et sans contact avec les réalités de la vie. Puis, brusquement, sans préparation aucune, sans la moindre transition, vous le replongez de nouveau au milieu des ses conditions d'existence antérieures! Puisque j'en suis aux comparaisons, qu'il me sois permis d'évoquer celle que j'ai donnée déjà, et qui, dans les conditions rigoureuses où je vois institué l'isolement, n'est nullement exagérée. C'est un peu l'histoire d'un malade à qui l'on aurait longuement enseigné les mouvements de natation en chambre, et que l'on voudrait ensuite entraîner à une pleine eau: le désastre ne serait pas loin!

V

Quelle est donc la conclusion à tirer? Si peu conforme qu'elle soit aux idées reçues, il me semble qu'elle jaillit maintenant des faits eux-mêmes avec une parfaite clarté. Et cette conclusion la voici :

Si l'on veut prévenir ces rechutes — si communes dans l'état actuel des choses, que pour les cas tant soit peu graves, beaucoup seraient presque tentés de les considérer comme la règle —, si l'on veut mettre de son côté toutes les chances d'aboutir à une guérison cette fois vraiment sérieuse et définitive, le remède doit être cherché précisé-

ment diamétralement à l'opposé de tout ce qui a été préconisé jusqu'aujourd'hui. En d'autres termes, à l'inverse de ce que prescrit la méthode d'isolement, il ne convient nullement de mettre le nerveux *en serre chaude*, c'est-à-dire de le sevrer de toute difficulté, de toute occupation, de toute vie : il est indispensable, tout au contraire, de le maintenir en contact avec les réalités de l'existence, pour l'aguerrir contre elles, pour l'habituer à discerner par lui-même dans ce qui l'entoure, tout ce qui est susceptible d'influer sur lui, soit en bien, soit en mal, et à réagir en conséquence, en un mot, pour développer en lui, autant que faire se pourra, les facultés de résistance personnelle et consciente. De même, bien loin d'imposer une immobilité absolue et prolongée, comme on le fait encore constamment, même dans les cas où celle-ci est le moins justifiée, on doit s'appliquer, dès le début du traitement, à dégager tout ce qui demeure dans le malade, malgré les apparences premières, souvent trompeuses, d'énergie, de vitalité encore subsistante ; et, par suite, tout en instituant naturellement le repos et la détente nécessaires, on doit l'inviter à y associer, dans une mesure aussi large que possible, l'activité qui stimule et tonifie le système nerveux, et exerce d'ailleurs, au point de vue moral, psychique, une action dérivatrice des plus puissantes. Enfin, et c'est là sans doute le point le plus important qui différencie les deux méthodes, puisque c'est le fond même de la doctrine de l'isolement qui se trouve ici mis en cause, je considère que c'est une méthode mauvaise, trop timorée dans son esprit, et fâcheuse dans ses conséquences, parce qu'elle ne se cadre nullement avec le but *éducateur* que doit s'assigner le traitement, que d'éloigner le malade de son entourage, de ses proches. La ligne de conduite doit être tout à fait autre. Elle doit viser à réaliser progressivement entre les deux parties l'*adaptation* nécessaire, de telle sorte que ne puissent plus se reproduire dans l'avenir les heurts, les désaccords, les froissements, grands ou petits, qui, le plus habituellement ont constitué l'une des causes provocatrices les plus certaines de l'affection nerveuse.

Le traitement vrai de la neurasthénie et des névroses, qui prémunira sûrement le malade contre toute nouvelle atteinte ultérieure, et le mettra — cette formule me paraît très typique — en état de véritable *vaccination antinerveuse*, ne réside nullement dans la thérapeutique trop molle, trop passive, trop *lâche*, que l'on a continué si regrettablement à enseigner jusqu'aujourd'hui. Il est dans une méthode qui saura avec toute l'énergie, comme aussi bien évidemment, avec toute la prudence et tout le tact voulus, l'entraîner avant tout, *à vivre et à agir*. Il réside en un mot, non pas dans une thérapeutique morale forcément encore toute doctrinale et théorique, telle que nous l'ont décrite les auteurs indiqués, faite dans l'isolement, mais dans l'*éducation vraiment active et vivante, donnée en cure libre.*

VI

Cette nécessité de la cure libre, quelques-uns n'avaient pas été, d'ailleurs, sans la pressentir depuis longtemps. Vigouroux écrivait à ce sujet, dès 1893 : « En ce qui concerne, disait-il, ces deux moyens empruntés à la méthode de Weir-Mitchell, isolement et repos absolu, c'est ici plus que jamais le lieu d'insister sur le précepte fondamental de ne rien poursuivre sans avoir une idée très nette des indications correspondantes. La recommandation est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit de modes de traitement très pénibles à supporter... Les cas où leur emploi est motivé me paraissent devoir être bien rares (1). » Je rappelerai également les restrictions apportées par d'autres auteurs : Oulmont, Schreider, Burkhardt, etc.

Il faut bien le dire cependant, les objections faites à la méthode de Weir-Mitchell ne pouvaient prendre de consistance et de portée sérieuse, tant que la médication causale de la neurasthénie et des névroses restait imprécise, tant que l'on faisait consister presque uniquement l'essentiel du traitement dans des prescriptions de médicaments ou de régimes, ou encore dans des procédés thérapeutiques de divers ordres, dont le rôle demeure assurément tout à fait secondaire. Alors même qu'on en vint à reconnaître l'importance capitale, et trop longtemps négligée de la thérapeutique morale, ou psychotérapie, la signification de la cure libre ne pouvait pas apparaître tant que les méthodes dans lesquelles on incarnait cette psychothérapie, n'en donnaient qu'une approximation insuffisante : suggestion, persuasion, et, à plus forte raison, le lointain et suranné hypnotisme auquel quelques-uns s'attardent encore si singulièrement ! Une fois bien spécifié, au contraire, que le traitement des névroses, comme la thérapeutique morale elle-même, peuvent et doivent, ainsi que je l'ai établi, se résumer, se synthétiser, en ce seul et simple mot d'*éducation*, tout devient aussitôt parfaitement clair, tout s'enchaîne immédiatement de la façon la plus logique. Une éducation, en effet, ne se conçoit, ne peut prendre de valeur et d'efficacité, que *dans la mesure où elle se fait pratique*, où elle devient bien réellement une *éducation de volonté* (1) se formant et se développant au contact et sous le contrôle de la vie elle-même. Education, comme traitement des névroses ; cure libre comme milieu où cette éducation doit être faite ; ces deux termes se relient entre eux de la manière la plus étroite et la plus indissoluble. Aussi ne puis-je douter que ne l'emporte prochainement

---

(1) VIGOUROUX. *Arthritisme et neurasthénie.*

(1) P.-E. LÉVY. *L'éducation rationnelle de la volonté et son emploi thérapeutique.* (F. Alcan), 8e édition.

cette thèse de la cure libre sur la méthode archaïque et injustifiée de l'isolement, comme se sont imposées de plus en plus, malgré certaines résistances encore subsistantes, les idées que j'ai, pour ma part, défendues depuis longtemps, sur la thérapeutique morale et éducatrice elle-même.

Discussion

M. DENY (de Paris). — Je ne partage pas l'optimisme de M. Paul-Emile Lévy en ce qui concerne la supériorité du traitement de la neurasthénie et des états qu'il y rattache, phobies, obsessions, etc., par la cure à l'air libre. Je ne réfuterai pas en détail les divers points visés dans cette communication, mais je ne puis laisser passer sans protester, cette assertion que les rechutes de l'affection sont plus rares à la suite de la cure à l'air libre que par le traitement classique au moyen de l'isolement. Ces rechutes sont, en effet, complètement indépendantes du mode de traitement auquel ont été soumis les malades. Elles sont fonction d'une constitution psychopathique préexistante, dont les phobies, les obsessions, les crises de dépression ou d'anxiété, etc., ne sont que des manifestations épisodiques et j'ajoute paroxystiques. Ces manifestations syndromiques se reproduisent inéluctablement à des intervalles variables dans le cours de l'existence, mais surtout aux grandes époques climatériques, ainsi qu'à l'occasion des émotions vives ou longtemps prolongées. Ni la cure à l'air libre ni le traitement par l'isolement ne sauraient mettre à l'abri de ces rechutes, parce qu'elles sont le résultat d'une déséquilibration plus ou moins profonde, mais toujours présente, de la sensibilité et de l'affectivité.

M. FAMENNE (Florenville). — Je crois, ainsi que M. Deny, que beaucoup d'états névropathiques ont une allure périodique et se reproduisent à certains intervalles, en dépit du traitement. Les rechutes sont donc inévitables et M. P. E. Levy en rencontrera en cure libre tout aussi souvent que si ses malades étaient traités dans un sanatorium.

J'admets — dans certains cas que je voudrais voir préciser — les succès de la cure libre. Je pense même qu'elle peut parfois présenter des avantages sur les méthodes d'isolement et de traitement en dehors du milieu habituel. Mais mon expérience me permet d'affirmer que, dans beaucoup de cas, l'institut pour nerveux reste indispensable.

Tout d'abord, il est incontestable qu'il n'est pas possible, en dehors de l'établissement spécial, d'avoir à sa disposition un arsenal thérapeutique complet, avec toutes les ressources qu'offre actuellement l'hydro-électrothérapie, et toutes les méthodes de la physiothérapie moderne.

Mais il est une considération sur laquelle je voudrais insister, concernant l'importance du traitement moral, base indiscutable de la cure des psychonévroses. Je crois qu'il n'est pas possible, au médecin consultant, d'avoir sur l'esprit de son malade externe la même influence que le médecin qui vit auprès de lui et voit son pensionnaire tous les jours. Je pense enfin qu'il est essentiel de faire de la psychothérapie *au bon moment*, au moment où l'esprit du malade est bien disposé, dans un état de récepti-

vité convenable. Une conversation à ce moment-là — et le médecin doit savoir le dépister — aura plus d'effet que dix consultations au cabinet, dans des moments où le nerveux est distrait, mal disposé, rebelle à toute suggestion bienfaisante. La disposition actuelle joue, dans la pathogénie des névroses, un rôle comparable à celui de la prédisposition. Il est naturel d'admettre en conséquence, l'importance du moment sur l'efficacité plus ou moins grande de la psychothérapie rationnelle.

Recherches sur le mécanisme de l'ataxie chez les tabétiques Essais de corriger l'ataxie par des bandages orthopédiques

par le Dr Noica (de Bucarest)

Nous allons exposer ici, brièvement, nos recherches sur le mécanisme de l'ataxie chez les tabétiques, car nous avons l'intention de développer notre sujet, dans un travail ultérieur.

Les symptômes a axiques que les malades présentent aux membres inférieurs, et aux membres supérieurs, doivent être séparés par nous en deux groupes. Nous devons faire cette distinction, car les symptômes qui les composent sont produits par des causes différentes.

Les symptômes du premier groupe sont la conséquence de la coïncidence de deux phénomènes, l'un normal, qui est relativement bien conservé, *la motilité volontaire* et l'autre anormal ou pathologique, *la perte du sens musculaire*, ou articulaire, ou des attitudes. Les symptômes du second groupe, résultent d'un tout autre mécanisme, c'est-à-dire de la présence de deux phénomènes : l'un normal (le même que plus haut), la motilité volontaire conservée, l'autre anormal, pathologique, le *relâchement des tissus péri-articulaires*. J'expliquerai plus loin, ce que je comprends par le mot « relâchement ».

Il s'en suit que si ces phénomènes appartenant à deux mécanismes différents, coexistent chez le même malade — ce qui arrive le plus souvent ,avec des prédominences d'un côté ou de l'autre — on peut définir le mécanisme de l'ataxie chez les tabétiques, par une formule assez simple et qui nous paraît cependant complète. *La motilité volontaire, coexistant chez un tabétique, avec la perte du sens musculaire et la présence d'un relâchement péri-articulaire, s'accompagnera toujours de phénomènes ataxiques.*

Par l'expression de « relâchement péri-articulaire » nous comprenons en première ligne l'hypotonie des muscles et secondement la perte de consistance et peut-être d'élasticité, des tissus fibreux péri-articulaires : capsules, ligaments, etc.

I

Voilà l'exemple d'un phénomène ataxique produit par la présence de la motilité volontaire et d'un relâchement péri-articulaire. Supposons le malade ataxique couché dans son lit, les membres inférieurs étendus, et disons-lui de soulever une des deux jambes en l'air, le genou en extension, et la tenir dans une position immobile, à un mètre au-dessus du lit, par exemple. On verra alors que si le malade arrive à soulever la jambe à cette hauteur, il ne pourra la maintenir





dans une position fixe, car elle balancera à droite, ou à gauche, et enfin il se peut même qu'elle tombe, en dedans ou plus souvent en dehors, à moins que le malade, pour ne pas s'exposer à un accident, laisse rapidement, de lui-même, tomber la jambe.

Ce phénomène, qui d'ailleurs est bien connu, nous l'expliquerons par une absence de consistance et de force du tissu péri-articulaire, qui se trouvent normalement en bon état, autour de l'articulation coxo-fémorale correspondante. La jambe soulevée en l'air, peut se comparer, pensons-nous, à un levier qui serait soulevé par une extrémité, tandis que l'autre resterait par terre comme point d'appui. Prenons par exemple une barre de bois, dont l'une des extrémités est arrondie et glisse librement sur une surface polie, sur le parquet

par exemple, tandis que, à l'autre extrémité est attachée une ficelle que nous tenons en main par l'autre bout. Soulevons la barre, en tirant cette ficelle, et cherchons à l'immobiliser à une hauteur d'un mètre. Nous voyons que nous ne le pouvons pas, car la barre oscille à droite et à gauche, comme le membre ataxique de notre malade. Si nous voulons avoir l'immobilité, nous n'avons qu'à appuyer avec un de nos pieds, sur l'extrémité de la barre qui se trouve par terre: à partir de ce moment, notre barre restera immobile, à la hauteur indiquée. Appliquons les mêmes notions chez l'ataxique, et disons par conséquent que si la jambe oscille, c'est à cause de l'absence de fixité de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde de l'os iliaque. Cette absence de fixité tient ,pensons-nous, à l'hypotonie et au relâchement du tissu fibreux et élastique péri-articulaire. Comme preuve c'est, que chez le même malade, en soulevant passivement la jambe, nous pouvons l'approcher de la paroi abdominale, ce que nous ne pouvons pas faire chez l'homme normal; et nous pouvons de même l'écarter en dehors, jusqu'à faire un angle aigu avec la paroi latérale de l'abdomen, ce qui est encore impossible, normalement. Nous sommes partis de ce fait et d'autres analogues, pour chercher à remédier l'ataxie, c'est-à-dire les phénomènes ataxiques produits par le relâchement péri-articulaire, et surtout celui qui entoure les articulations coxo-fémorales, pour faire chez des pareils malades un bandage en spirale, comme on voit sur nos photographies. Le résultat nous a paru très satisfaisant et nous l'avons fait nous-même, à une vingtaine de tabétiques, toujours avec succès. Comme on le voit sur les photographies, le bandage a été fait avec des bandes en tarlatane *bien serrées* autour du corps, *moulées* même autour des fesses, après avoir enveloppé la peau du corps, avec une bonne couche d'ouate. Certes, un pareil bandage se relâche après deux ou trois jours, il faut le refaire, ou ce qui est plus commode, le remplacer par un bandage orthopédique, qui pourra être quitté le soir et remis le matin, ce que nous avons fait faire pour un de nos malades, qui a pu se permettre cette dépense. En dehors de celui-ci, notre bandage a été fait par nous, seulement chez les malades de l'hôpital.

Grâce à cet appareil, si le malade est couché au lit, il n'a plus d'oscillation dans ses jambes, quand il les soulève ou quand il veut avec un des talons toucher le genou opposé, etc. S'il se met debout, il se tient droit sur ses jambes, sans osciller, le corps n'est plus incliné en avant, et le malade a une sensation agréable, dit-il, de se sentir serré autour de la ceinture. S'il veut marcher, quoiqu'il se sente au début un peu cuirassé — si je puis m'exprimer ainsi — il est content quelques minutes après de voir qu'il peut marcher d'une manière très satisfaisante, sans jeter ses jambes, sans les balancer involontairement, en dedans ou en dehors, sans peur et sans angoisse.

Nous avons vu des malades, qui ne pouvaient faire que quelques pas dans leur chambre, et ceux-ci avec grande difficulté ,s'appuyant sur les objets qui les environnaient ou sur deux cannes, d'autres, obligés de venir en voiture à l'hôpital, partir dans la rue seuls, aussitôt que nous leur avions appliqué notre appareil. Ils marchaient pendant trois quarts d'heure et même une heure, dans la rue sans se fatiguer, disaient-ils; montaient ou descendaient l'escalier sans sans s'appuyer sur la rampe, se servant pour tous ces mouvements d'une seule canne. Il est bien entendu que ce bandage n'exclut ni le traitement spécifique, ni le traitement général pour entretenir les forces musculaires du malade. D'autant plus que nous avons remarqué, chez les malades avec beaucoup d'hypotonie, que la fatigue musculaire arrive très vite. Demandons à un pareil malade de soulever la jambe, il nous semble alors que les muscles se contractent plus qu'il n'en faut, pour l'effort qu'on leur demande, et que rapidement le malade se fatigue et lâche souvent subitement la jambe pour tomber sur le lit. On remarque aussi, avant la chute, une vraie danse fibrillaire et fasciculaire de la masse musculaire. Cette fatigue arrive même rapidement, quand le malade est debout ou quand il marche, car il survient dans ces cas l'angoisse de ne pas tomber. Cette angoisse est d'autant plus grande quand le malade ataxique doit marcher sur une surface polie, comme par exemple sur un parquet qui n'est pas recouvert de tapis, au contraire, dans la rue, la marche est plus facile.

II

Je passe au second groupe de phénomènes ataxiques et ici encore je me contenterai seulement de quelques indications.

Pour déplacer un membre dans l'espace, soit le membre supérieur, soit le membre inférieur, il faut que l'homme ait conservé le sens musculaire, ou en son absence le sens de la vue et en l'absence de ce dernier, celui du toucher; autrement, du moment que le membre a quitté la position antérieure, il ne peut plus bouger, ou, dans tous les cas, ne pourra jamais toucher un point déterminé, même si dans sa conscience, le malade sait où se trouve ce point. Je m'explique.

Un de mes malades, très ataxique des membres supérieurs, qui avait perdu le sens des attitudes aux mains et aux coudes, des deux côtés, ne pouvait aller toucher son nez ayant les yeux fermés, et à un moment il s'était arrêté avec son doigt, à quelques centimètres au-dessus de son nez. Je lui en ai demandé la cause. Il m'a répondu : « Je ne peux pas, car quoique je sache où est mon nez, je ne sais pas où est mon doigt ».

Je lui mis alors son doigt sur le lobule de son oreille, en lui demandant d'aller directement — toujours avec les yeux fermés — par le

chemin le plus court, vers le haut de son nez, *mais sans quitter la peau*. Le malade a exécuté parfaitement notre demande.

Je recommence l'expérience, en lui disant d'aller toucher son nez partant du même point, *mais après avoir fait une volte en l'air avec son doigt*. Le malade, quittant l'oreille, n'a plus su que faire de son doigt.

Une autre expérience. Notre malade ataxique, paralysé au lit — surtout que son tabès était compliqué d'une monoplégie crurale droite suite d'une hémiplégie cérébrale — avait perdu le toucher sur tout le corps, sauf sur la tête, le cou et un peu au-dessous des clavicules. Je lui ai demandé, d'aller avec l'index de la main droite, appliqué sur son nez, toucher l'ombilic, en suivant la peau. Il partit en ligne droite, par le chemin le plus court, mais quand il arriva au-dessous des clavicules, dans la zone inscritible, il quitta la peau et ne put arriver à toucher son ombilic, etc.

Il s'en suit que pour exécuter les mouvements demandés plus haut, le malade avait besoin du sens musculaire et comme celui-ci manquait, du sens de la vue, et après la fermeture des yeux ,du sens du toucher. Par conséquent, je le répète encore, nous ne pouvons pas déplacer, et surtout diriger un membre dans l'espace, sans être averti à tout moment de la position dans laquelle se trouve notre membre.

Le signe de Romberg aux membres inférieurs, consistant en ce fait que le corps ou les membres oscillent beaucoup plus avec les yeux fermés qu'avec les yeux ouverts, s'explique aussi comme on l'a déjà dit, par la perte du sens musculaire. On comprend très bien que le membre qui oscille à cause du relâchement péri-articulaire, oscillera d'autant plus quand le malade aura les yeux fermés, car n'ayant plus le sens musculaire conservé, il ne sait plus, si la jambe oscille, et surtout dans quel sens elle oscille, pour pouvoir corriger ce déplacement involontaire.

Toujours à cause de l'ataxie des membres supérieurs et particulièrement à cause de la perte du sens musculaire aux deux mains, notre malade précédent, a perdu les mouvements unilatéraux des mains, cal il ferme et ouvre, involontairement, les deux mains à la fois, quand tient les yeux fermés et même quand il les tient ouverts, et dans ce dernier cas, surtout si les mouvements sont faits avec un peu d'effort.

Il a perdu aussi les mouvements isolés des doigts et il ne lui reste que les mouvements d'ensemble, c'est-à-dire il ne peut que fermer et ouvrir la main, comme fait un enfant nouveau-né. Il est bien entendu qu'il a perdu aussi les mouvements harmonisés des doigts, et nous allons citer quelques exemples.

Notre malade prend l'objet avec toute la main, avec tous les doigts à la fois, fléchis segments par segments; car il ne peut pas prendre

un objet entre le pouce et l'index seulement, ou entre le pouce et les autres doigts, sans les fléchir, que seulement dans les articulations métacarpo-phalangiennes, laissant le reste de chaque doigt en extension. Au membre inférieur non paralysé, j'ai vu le même malade faire un seul mouvement simple, mais pas deux à la fois. Par exemple, il renversait, mais il ne pouvait pas fléchir le genou en même temps, ou étendait le genou mais ne pouvait pas tenir le pied renversé en même temps. On comprend très bien quel trouble profond produit cette absence des mouvements combinés pendant la marche.

Enfin, nous allons citer un autre trouble ataxique. Le malade ne peut pas couper une tranche de pain, par exemple, que par mouvements saccadés et brusques, car à cause de la perte du sens musculaire, il ne sent pas la force déployée à tout moment, pour pouvoir la modérer ou la diriger d'une manière continue et sans brusquerie.

***

Il me semble que le mot relâchement ne traduit pas complètement ma pensée, car je vois qu'il peut être pris dans un sens plus étroit qu'il n'en faudrait. Je préfère l'expression de *manque de fixation des extrémités osseuses dans leurs articulations,* quoique plus longue.

Cette absence de fixation si nécessaire pendant l'état dynamique, peut dépendre comme nous l'avons dit, d'un relâchement des tissus périarticulaires, muscles, capsule, ligaments, etc., mais il peut encore tenir à une autre cause. J'ai étudié dernièrement un malade tabétique *ataxique,* qui n'avait du côté des membres inférieurs ni de l'hypotonie, ni de perte du sens articulaire ; ce qui ne l'empêchait pas d'être très ataxique pendant la marche et de balancer sa jambe en l'air, à droite ou à gauche, quand étant couché nous lui demandions de relever une de ses jambes. A quoi tenait alors, ce manque de fixation du membre inférieur à sa racine ? Voici quel a été le fait constaté par nous, pour pouvoir expliquer ce phénomène. C'est, que toutes les fois que le malade relevait sa jambe, les muscles de la cuisse se contractaient immédiatement et rapidement, les uns après les autres ; on aurait dit que les muscles de la cuisse étaient pris d'une danse désordonnée, d'une vraie chorée musculaire. Autrement dit, il manquait ici pendant l'exécution d'un mouvement, cette harmonie qu'on observe chez l'homme normal, où tous les muscles se contractent ensemble et continuellement pendant tout le temps que dure l'exécution d'un mouvement. Cette absence d'harmonie chez l'ataxique, doit probablement dépendre de la lésion des fibres sensitives, qui les empêche d'envoyer spontanément et continuellement les excitations périphériques inconscientes ,aux centres moteurs médullaires, et de là aux muscles correspondants. Depuis, j'ai observé ce phénomène de chorée musculaire chez d'autres tabétiques, mais seulement chez ceux qui présentaient aussi de l'ataxie.

La psychothérapie et ses adjuvants

par le Dr P. Joire (de Lille)

La psychothérapie est une méthode de traitement qui a pour objet de guérir, par l'intermédiaire de l'âme et de ses diverses facultés.

Cette définition, plus large que celle qu'on applique ordinairement à la psychothérapie, nous montre que cette méthode n'est pas exclusivement réservée au traitement des maladies psychiques; mais qu'elle peut théoriquement être appliquée à toutes les maladies; l'expérience seule nous montrant ce qu'on peut en attendre dans les différents cas. Cette manière de concevoir la psychothérapie, tout en élargissant le champ de son action, nous montre que nous pouvons, dans son application, mettre en œuvre des forces, différentes par leur principe, mais qui auront pour but et pour effet d'augmenter et de favoriser son influence. Tous ces procédés, quels qu'ils soient, mériteront le nom d'adjuvants de la psychothérapie, s'ils ont pour effet de modifier l'état psychique des sujets pour les rendre plus accessibles à l'influence curative.

Avant d'aborder l'étude de quelques uns de ces moyens, je veux dire quelques mots de la nécessité de la préparation au traitement psychothérapique. La psychothérapie est un procédé tellement différent de toutes les autres méthodes thérapeutiques, que ceux qui n'ont pas une grande habitude de son application ne peuvent guère s'en faire une idée.

C'est ainsi que presque tous les malades que l'on doit traiter par la psychothérapie ont besoin d'une préparation antérieure.

Il ne s'agit pas ici de faire absorber au malade un médicament, qui, une fois ingéré, produira fatalement une réaction chimique, qui sera suivie d'un effet physiologique certain. Le psychothérapeute agit directement lui-même sur le malade, et c'est de ce qu'il trouve en lui qu'il se sert pour le guérir. Il faut donc qu'il le prépare à ce rôle actif; qu'après avoir étudié le malade lui-même, il fasse son éducation pour le rendre sensible aux influences qu'il mettra en œuvre, et apte à recevoir d'elles l'impulsion curative.

Cette préparation est plus ou moins longue suivant les sujets. Quelquefois, dans les cas les plus favorables, elle ne demande qu'une séance; mais d'autres fois il faut plusieurs jours, et, dans des cas plus difficiles, plusieurs semaines.

Il ne faut pas oublier que, la négliger, c'est perdre du temps inutilement. Bien souvent, l'on peut constater que l'on a obtenu des résultats incomplets, ou que la méthode a paru échouer, uniquement parce que l'on s'est trop pressé et que l'on n'a pas pris la peine de faire cette préparation.

Parmi les moyens adjuvants de la psychothérapie, je citerai en

première ligne l'action de la lumière. La privation de la lumière ou l'obscurité totale, que j'emploie dans un certain nombre de cas, donne, chez une certaine catégorie de malades, des résultats merveilleux, soit comme préparation au traitement psychique, soit dans le cours même du traitement, en combinaison avec lui.

Après l'action de l'obscurité nous parlerons de l'action de la lumière. On sait que l'action physiologique de la lumière sur les organismes animaux et végétaux a été démontrée pour la première fois par M. Flammarion, dans sa communication à l'Académie des Sciences de Paris, relatant ses expériences de l'observatoire de Juvisy.

J'ai moi-même démontré, il y a quelques années, l'action physiologique des divers rayons lumineux sur l'organisme humain, et la façon thérapeutique dont ils peuvent agir sur la circulation, la nutrition et le système nerveux de l'homme.

Ici, je n'ai pas à parler des effets physiques des rayons du spectre solaire, mais uniquement de leurs effets psychiques.

Si nous prenons d'abord la lumière totale, la lumière blanche, il nous suffira de nous rappeler l'action réconfortante du rayon de soleil, comme il porte l'esprit à la gaieté, à la joie, au courage.

Mais, comme nous n'avons pas toujours le soleil à notre disposition, quand nous voulons réveiller ces idées dans une âme malade, la réconforter et la faire sortir de sa tritesse, nous emploierons d'autres sources lumineuses. Nous envelopperons le malade d'une lumière blanche intense, au moyen de lampes électriques à incandescence, et nous réveillerons ainsi son activité psychique qui le dispose à recevoir l'action de la psychothérapie.

En outre de la lumière totale, la décomposition du spectre nous permet d'obtenir, par l'action des rayons lumineux, une influence sur les fonctions psychiques, qui s'est montré très favorable dans les maladies mentales.

Sous l'influence de la lumière rouge, les malades mélancoliques reprennent de la gaieté, les déprimés retrouvent de l'énergie et de la volonté. Nous avons même vu des malades obsédés, qui se nourrissaient mal, par suite de la crainte que les aliments les empoissonnent, soumis à l'influence de la lumière rouge, débarrassés de leur obsession, accepter et même demander une nourriture normale.

D'autre part, la lumière bleue calme les agités d'une façon très rapide.

Dans certains cas d'hyperesthésie psychique avec insomnie, l'exposition aux rayons bleus ramène le sommeil et le repos.

Dans l'hystérie, en utilisant les effets des divers rayons du spectre, on agit, tout à la fois, sur les troubles physiques et sur les troubles psychiques qui forment le fond même de la maladie.

Enfin, nos plus récentes observations nous ont permis de consta-

ter que, dans les névroses et dans les troubles des centres nerveux, on peut employer utilement tantôt leur action sédative, tantôt leur action tonique sur les fonctions psychiques, et que la combinaison des diverses couleurs offre des ressources d'une utilité incontestable pour les maladies nerveuses.

Un autre procédé adjuvant de la psychothérapie est l'application du courant magnétique produit par l'aimant ou l'électro-aimant. J'ai déjà démontré autrefois que, dans le phénomène de transfert produit par l'application de l'aimant, il y a tout autre chose que de la suggestion ou de l'autosuggestion.

Ici, il n'est pas question du phénomène de transfert; j'applique l'aimant ou l'électro-aimant sur les régions temporales, et, suivant le sens dans lequel je fais passer le courant, j'obtiens des effets différents sur l'état psychique de mes malades. Parfois, dissipant l'agitation qui avait créé l'insomnie, je ramène le calme dans l'esprit, et rends, de cette manière, le sommeil paisible qui répare les forces.

D'autres fois, je relève la volonté affaiblie et l'énergie chancelante, les malades reprennent leur personnalité, s'intéressent à ce qui les entourent, reprennent le goût de leurs occupations et la capacité pour leur travail.

Ce courant magnétique agit aussi sur la mémoire, lorsqu'elle est altérée on fatiguée par le surmenage. Il lui rend une activité nouvelle, l'exercice en devient plus facile, elle est plus vive, plus profonde, plus durable.

Tels sont quelques uns de ces procédés accessoires dont j'ai reconnu l'utilité dans le traitement des maladies nerveuses et mentales. Mais je dois surtout insister sur ce point, que je ne les emploie que comme adjuvants de la psychothérapie et toujours en combinaison avec elle. C'est par cette méthode qu'ils rendent des services d'une utilité incontestable pour les maladies nerveuses.

Courants électriques dans le traitement des maladies nerveuses

par M[lle] L. G. Robinovitch

Les différents courants électriques produisent de différents effets physiologiques sur les tissus vivants et sur les animaux (10). Les deux pôles d'un simple courant continu produisent également des effets physiologiques différents sur les tissus vivants et sur les animaux (11). Ainsi, un animal soumis à « l'analgésie » électrique ayant le pôle négatif au front et le pôle positif aux « reins » reste

dans le circuit indéfiniment sans aucun inconvénient ; la température et la respiration restent normales, ou peut être un peu plus ample et plus lente ; le battement cardiaque reste normal ou un peu plus ample. Dans notre thèse déjà citée, ces faits sont tabulés sur la page n° 38, faisant voir qu'un animal fut maintenu dans l'état « d'analgésie » électrique pendan 8 heures et vingt minutes sans inconvénient aucun. Mais il suffit de renverser les pôles, plaçant l'électrode positive à la tête, pour déterminer des troubles graves de la respiration, comme nous le faisons voir dans les tableaux de notre thèse, pp. 36 et 37.

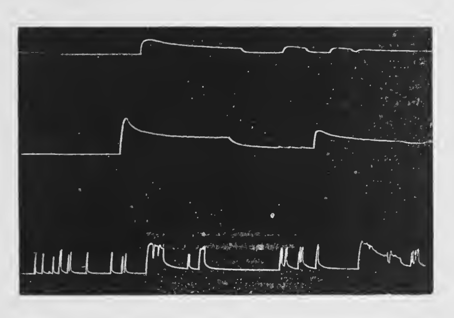
La différence entre un courant continu et un courant alternatif est celle de polarité : constante dans le cas du courant continu, la polarité alterne dans le cas du courant alternatif. Le courant le plus employé en neurologie est le courant induit, qui est un courant alternatif : la polarité alterne avec les interruptions du courant primaire. Nos expériences sur l'effet du courant induit montrent qu'un animal ne peut pas survivre longtemps l'effet d'un courant induit si la tête est comprise dans le circuit. Dans notre thèse déjà citée on voit, p. 43, qu'un animal soumis à un courant induit succombe au bout d'une heure, sa température étant montée de 38°5 à 39°9. Chez un autre animal soumis à un courant induit la température monte, au bout d'une heure, de 37°7 à 42°, et la mort est imminente.

Dans nos travaux sur la méthode de rappel à la vie des animaux en mort apparente causée par le chloroforme, la morphine ou par l'électrocution (12 et 13), nous avons indiqué le danger de l'emploi de l'électrode positive sous la poitrine : au lieu de causer des réactions respiratoires et cardiaques artificielles amples, les excitations rythmiques causent non pas des *inspirations* amples au-dessus de l'abscisse, mais de petites *expirations* forcées au-dessous de l abscisse. Au lieu de provoquer des battements cardiaques artificiels, il n'y a presque pas de réaction ; en conséquence, l'animal meurt, s'il n'est pas encore mort.

La raison de cette différence d'effets des deux pôles n'est pas aussi simple qu'elle le semble. Nous n'en parlerons pas ici. Au point de vue pratique il est utile d'indiquer ici le fait déjà signalé dans tous nos travaux sur ce sujet et c'est le suivant : le courant induit est d'autant plus dangereux dans les cas de rappel à la vie que le fil de la bobine secondaire est plus fin. Nous avons trouvé ce fait empiriquement, en essayant de rappeler à la vie les animaux en mort apparente causée par le chloroforme, la morphine ou l'électrocution. Le tracé 26 dans notre thèse déjà citée montre l'alternation des respirations au-dessus et au-dessous de l'abscisse, et la pression sanguine carotidienne insignifiante pendant le passage d'un courant induit obtenu avec la bobine à fil fin (au-dessous de 0.6 mm. de diamètre) d'un appareil Dubois-Reymond.

Il est possible de modifier l'effet néfaste d'un courant induit en choisissant les fils du primaire et du secondaire à diamètre convenable. C'est ce que nous avons fait en faisant construire notre modèle de bobine pour rappel à la vie (14). Le diamètre du fil du primaire est de 12[10 mm., et six couches de ce fils sont employées; le diamètre du fil de la bobine secondaire est de 0.6 mm.

Dans la clinique, combien de fois n'avons-nous pas entendu les professeurs indiquer l'administration des courants « forts », c est-à-dire des courants d'une bobine à fil fin, courant très douloureux? Avec nos expériences en mains, on est justifié, il nous semble, de condamner l'emploi des courants induits de cette façon, en clinique neurologique.



Réaction à méthode « sans fil » et « unipolaire ». Muscle-nerf de grenouille montré en chambre humide. Nerf étendu sur deux électrodes non polarisables (à réceptacle) remplies d'une solution saturée de sulfate de zinc. Un bout du fil est réuni avec une borne de la chambre humide. L'opérateur, la chambre humide et la bobine sont sur une plateforme à pieds de verre, 30 centimètres de haut.

a) Le bout libre du fil tenu par l'opérateur auprès le flux magnétique, deux centimètres au devant du noyau de la bobine primaire.

b) Réaction en touchant avec le bout libre du fil la borne du pôle positif ou négatif du courant continu fonctionnant la bobine primaire. Même réaction quand ces bornes ne sont pas réunies.

c) Touchant avec le bout libre du fil le ruban interrupteur du primaire; réaction additionnelle quand l'opérateur touche avec l'autre main l'enregistreur portant le papier de ce tracé, ou n'importe quelle partie métallique de la chambre humide.

Supposons que nous ayons en traitement un malade avec une jambe paralysée ou parésiée. Pour quelle raison physiologique la soumettrait-on à un courant induit « fort » ou « faible »? Nous

avons vu dans notre tracé de la thèse, que la pression sanguine est presque supprimée sous l'influence d'un courant induit à fil fin. Chez le sujet en syncope cette suppression de pression sanguine détermine la mort; mais chez le paralysé nous ne « voyons » pas cet effet nuisible; mais il est produit néanmoins.

Les courants continus, à interruptions fréquentes nous paraissent être beaucoup plus utiles pour application en clinique neurologique : en variant le lieu d'application des électrodes, on peut augmenter ou diminuer la pression sanguine dans les membres en traitement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dr L. O. ROBINOVITCH. Anesthésie électrique. Application clinique; présentation de malade. (*Bulletin de la Société clinique de médecine mentale,* novembre 1908.)

2. MÊME AUTEUR. Electric anesthesia in laboratory surgery successfully applied during a period of three years. (*Journal of Mental Pathology,* vol. VIII, n° 4, 1909.)

3. MÊME AUTEUR. Présentation d'instruments. (*Bulletin de la Société clinique de médecine mentale,* novembre 1908.) — Même auteur. Presentation of instruments for electric anesthesia : stationary model; portable model for ambulance use. (*Journal of Mental Pathology,* vol. VIII, n° 4, 1909.)

4. MÊME AUTEUR. Sources électriques. (*Bulletin de la Société* mentionné ci-dessus et *Journal of Mental Pathology,* mentionné ci-dessus.)

5. MÊME AUTEUR. *Reference Handbook of the Medical Sciences,* Wm. Wood and C°, 1907.

6. MÊME AUTEUR. Electric anesthesia in laboratory. (*Journal of Mental Pathology,* vol. VII, n° 3, 1907, et vol. VIII, n° 4, 1909.)

7. Dr M. M. JOHNSON. Electric anesthesia. (*Medical Record,* april 23, 1910.)

8. MÊME AUTEUR. Sommeil électrique; épilepsie électrique et électrocution. Thèse de Paris, 1906.

9. MÊME AUTEUR. Electric anesthesia, etc. (*Journal of Mental Pathology,* vol. VIII, n° 4, 1909, p. 178.)

10. MÊME AUTEUR. Different effects of various electric currents. Choice of electric current for purpose of resuscitation of subjects in a condition of apparent death caused by chloroform, morphine, electrocution, etc. (*Journal of Mental Pathology,* vol. VIII, n° 4, 1909.)

11. MÊME AUTEUR. Sommeil électrique, épilepsie électrique et électrocution. Thèse de Paris, 1906, p. 36.

12. MÊME AUTEUR. De l'emploi des courants électriques pour le rappel à la vie, dans les cas de mort apparente causée par le chloroforme ou par l'électrocution. Nécessité d'exclure du circuit la tête de l'animal, pendant les excitations rythmiques. (*Bulletin de la Société clinique de médecine mentale,* novembre 1908.)

13. Même auteur. Resuscitation of subjects in a condition of apparent death caused by chloroforme, electrocution, etc. (*Journal of MPental Pathology,* vol. VIII, n° 4, 1909.) Aussi : Méthode de rappel à la vie des animaux en syncope chloroformique, etc. (*Comptes rendus de la Société de Biologie,* 1er février 1908.)

14. Même auteur. Présentation d'instruments. (*Bulletin de la Société de clinique de médecine mentale,* novembre 1908.) Aussi : induction coil for purposes of resuscitation. (*Journal of Mental Pathology,* vol. VIII, n° 4, 1909.)

PSYCHIATRIE

La mélancolie du peintre Hugo Vandergoes

par DUPRÉ et DEVAUX

Les historiens et les critiques d'art qui ont étudié la peinture flamande primitive, ont tous fait ressortir la personnalité puissante et originale d'un des maîtres de cette école, Hugo Vandergoes, connu sous le nom de Schilder Van Brugghe, élève de Van Eyck, qui florissait à Gand de 1468 à 1478.

Tous ont également signalé les lacunes, les incertitudes de la biographie et de l'œuvre de cet artiste dont on ignore le véritable lieu de naissance (Gand, Leyde, Zélande), les origines et la formation, et dont la liste des travaux authentiques n'est pas possible à établir avec exactitude.

C'est aux recherches d'Alphonse Wauters (1) que l'histoire de l'art doit les documents les plus intéressants sur la personnalité d'Hugo Van der Goes. Dans son livre récent sur les primitifs flamands, Fierens Gevaert (2) cite et confirme les études de Wauters et les illustre de nombreuses reproductions des peintures originales et des copies du Maître.

Au milieu des incertitudes et des obscurités de la biographie d'Hugo Van der Goes, une notion se dégage avec précision et clarté de l'étude des documents : c'est l'existence de troubles mentaux dont l'apparition eut lieu à une époque bien déterminée de sa vie, et dont la forme, les caractères et la durée permettent à l'aliéniste de se prononcer sur la nature de la maladie et de formuler le diagnostic. En général, lorsqu'un personnage historique a présenté des signes de folie, le psychiâtre, malgré la richesse et la précision des documents relatifs à l'histoire de ce personnage, est souvent fort embarrassé pour déterminer la nature exacte des troubles psychiques en cause, et pour formuler un diagnostic rétrospectif indiscutable. Dans le cas présent, au contraire, ce sont les documents relatifs à la folie d'Hugo Van der Goes qui sont peut être,

---

(1) Alphonse WAUTERS. L'histoire de notre première école de peinture cherchée dans les meilleures sources. *Bulletin de l'Académie Royale de Belgique*, 2e série, tome XV n° 5 (1863).

— *Hugo Van der Goes*. Bruxelles, 1872.

(2) FIERENS GEVAERT. *Les Primitifs Flamands*, Bruxelles, 1909.

de sa biographie, les plus précis et les plus explicites. Aussi les conclusions les plus fermes qu'on puisse tirer de l'histoire du peintre sont d'ordre psychiâtrique et permettent d'affirmer la nature de l'affection dont il a souffert.

Tirer de documents anciens, dûs à des témoins incompétents, les éléments d'un diagnostic certain est une occasion rare dans la médecine de l'histoire. Elle valait la peine d'être signalée.

Les éléments de ce diagnostic sont tous contenus dans une vieille chronique de la fin du xv[e] siècle intitulée « *Originale nobii Rubeevallis in Zonia prope Bruxellam in Brabantia* », due à Gaspar Ofhuys de Tournai. Alph. Wauters, qui tenait cette chronique du Chevalier Camberlyn d'Amougies, eut le mérite de mettre au jour ce précieux document, qu'on trouve reproduit dans l'ouvrage de Fierens Gevaert.

Voici, avec les commentaires psychiâtriques qu'il suggère, le texte de la chronique :

« En l'an du Seigneur 1482, mourut le frère convers Hugues, qui avait fait ici profession. Il était si célèbre dans l'art de la peinture, qu'en deçà des monts (ou des Alpes) comme on disait, on ne trouvait en ce temps-là personne qui fût son égal. Nous avons été novices ensemble, *lui et moi, qui écris ces choses.* Lorsqu'il prit l'habit, et pendant son noviciat, parce qu'il avait été bon plutôt que puissant parmi les séculiers, le père prieur Thomas lui permit mainte consolation mondaine, de nature à le ramener aux pompes du siècle plutôt qu'à le conduire à l'humilité et à la pénitence. Cela plaisait très peu à quelques-uns : « On ne doit pas, disaient-ils, exalter les novices, mais les humilier. » Et comme Hugues excellait à peindre le portrait, des grands et d'autres, même le très illustre archiduc Maximilien, se plaisaient à le visiter, car ils désiraient ardemment voir ses peintures. Pour recevoir les étrangers qui lui venaient dans ce but, le père prieur Thomas autorisa Hugues à monter à la chambre des hôtes et à y banqueter avec eux », *pater Thomas prior eum permitebat hospitum cameram ascendere et ibidem cum illis convivari.* »

. . . .

Les premières lignes du document montrent que le chroniqueur Gaspar Ofhuys fut un témoin oculaire, et constamment présent, des faits qu'il raconte. A cet égard, le témoignage du frère convers prend une valeur de premier ordre. De plus, on peut induire de ce récit, qu'Hugo Van der Goes prit l'habit monacal sous l'influence d'un changement de tendances et de sentiments qui, précédant de quelques années seulement la mélancolie confirmée qui allait l'atteindre, appartient aux prodrômes de la maladie en voie de développement. Cependant, nous voyons que la dépression psychique n'était pas assez marquée pour entraver l'activité professionnelle du Maître, puisque celui-ci recevait par permission spéciale ses modèles et ses admirateurs.

« Quelques années après sa profession, au bout de cinq à six ans, notre frère convers, si j'ai bonne mémoire, se rendit à Cologne, en compagnie de son frère utérin Nicolas, qui était entré comme oblat à Rouge-Cloître, et y avait fait profession, du frère Pierre, chanoine régulier du trône, et qui demeurait alors au couvent de Jéricho, à Bruxelles, et de quelques autres personnes. Comme je l'appris alors du frère Nicolas, pendant que Hugues revenait de ce voyage, il fut frappé d'une maladie mentale. Il ne cessait de se dire damné et voué à la damnation éternelle, et aurait voulu se nuire corporellement et cruellement, s'il n'en avait été empêché de force, grâce à l'assistance des personnes présentes. Cette infirmité étonnante jeta une grande tristesse sur la fin du voyage. »

Ce passage révèle l'éclosion assez brusque de l'affection mélancolique dont Hugo fut frappé au retour de Cologne. Il ne peut exister aucun doute, après une description si concise et si nette, sur la nature mélancolique de l'accès morbide: idées de culpabilité, de damnation, d'automutilation, monotonie du délire.

« On parvint toutefois à atteindre Bruxelles où le prieur fut immédiatement appelé. Celui-ci soupçonna Hugues d'être frappé de l'affection qui avait tourmenté le roi Saül; et, se rappelant comment il s'apaisait lorsque David jouait de la cithare, il permit de faire de la musique en présence du frère Hugues, et d'y joindre d'autres récréations de nature à dominer le trouble mental du peintre (1).

» Malgré tout ce que l'on put faire, le frère Hugues ne se porta pas mieux, mais persista à se proclamer un enfant de perdition. Ce fut dans cet état de souffrance qu'il entra au couvent. L'aide et l'assistance que les frères choraux lui procurèrent, l'esprit de charité et de compassion dont ils lui donnèrent des preuves nuit et jour en s'efforçant de tout prévoir, ne s'effaceront jamais de la mémoire. Et cependant, plus d'un et les grands exprimaient une toute autre opinion. »

On voit que le malheureux Hughes, dès sa rentrée au couvent, eut à subir, comme presque tous les mélancoliques, les excès de zèle d'un entourage empressé et incompétent, notamment la tentative de mélothérapie que le père prieur, au nom de ses souvenirs bibliques, crut devoir instituer auprès de son malade: tentative inutile, car l'affection mélancolique persiste en dépit d'une sollicitude aussi active.

« On était rarement d'accord sur l'origine de la maladie de notre frère convers. D'après les uns, c'était une espèce de frénésie. A en croire les autres, il était possédé du démon. Il se révélait, chez lui, des symptômes de l'une et de l'autre de ces affections; toutefois, comme on me

---

(1). S. Wauters neveu de A. Wauters, s'est inspiré de ce passage pour représenter dans un tableau cet essai de traitement par la musique sacrée de la mélancolie du peintre. Le tableau est au musée de Bruxelles.

l'a fréquemment répété, il ne voulut nuire à personne qu'à lui-même pendant tout le cours de sa maladie. Ce n'est pas là ce que l'on dit des frénétiques ni des possédés; mais, à mon avis, Dieu seul sait ce qui en était. « *Credo Deus solus novit* ».

» Nous pouvons envisager de deux manières la maladie de notre convers. Disons d'abord que ce fut sans doute une frénésie naturelle et d'une espèce particulière. Il y a, en effet, plusieurs variétés de cette maladie, qui sont provoquées, les unes par des aliments portant à la mélancolie, les autres par l'absorption de vins capiteux, qui brûlent et incinèrent les humeurs; d'autres encore, par l'ardeur des passions telles que l'inquiétude, la tristesse, la trop grande application au travail et la crainte; les dernières enfin, par l'action d'une humeur corrompue, agissant sur le corps d'un homme déjà disposé à une infirmité de ce genre. Pour ce qui est des passions de l'âme, je sais, de source certaine, que notre frère convers y était fortement livré. Il était préoccupé à l'excès de la question de savoir comment il terminerait les œuvres qu'il avait à peindre, et qu'il aurait à peine pu finir, comme il le disait, en neuf années. Il étudiait très souvent un livre flamand. Pour ce qui est du vin, il buvait avec ses hôtes, et l'on peut croire que cela aggrava son état. Ces circonstances purent amener les causes qui, avec le temps, produisirent la grave infirmité dont Hugues fut atteint.

» D'autre part, on peut dire que cette maladie arriva par la très juste providence de Dieu, qui, comme on le dit, est patient, mais agit avec douceur à notre égard, voulant que nul ne succombe, mais que tous puissent revenir à résipiscence. Le frère convers dont il est question ici, avait acquis une grande réputation dans notre ordre; grâce à son talent, il était devenu plus célèbre que s'il était resté dans le monde. Et, comme il était homme de la même nature que les autres, par suite des honneurs qui lui étaient rendus, des visites, des hommages qu'il recevait, son orgueil se sera exalté; et Dieu, qui ne voulait pas le laisser succomber, lui aura envoyé cette infirmité dégradante, qui l'humilia réellement d'une manière extrême. Lui-même, aussitôt qu'il se porta mieux, le comprit; s'abaissant à l'excès, il abandonna de son gré notre réfectoire et prit modestement ses repas avec les frères lais.

» J'ai eu soin de donner tous ces détails; Dieu ayant permis ce qui précède, comme je le pense, non seulement pour la punition du péché, ou la correction et l'amendement du pécheur, mais aussi pour notre édification. Cette infirmité survint à la suite d'un accident naturel. Apprenons par là à réfréner nos passions, à ne plus leur permettre de nous dominer; sinon, nous pouvons être frappés d'une manière irrémédiable. Ce frère, en qualité d'excellent peintre, comme on le qualifiait alors, était livré, par un excès d'imagination, aux rêveries et aux préoccupations; il a été par là atteint dans une veine près du cerveau. Il y a, en effet, à ce que l'on dit, dans le voisinage de ce dernier, une veine petite, et délicate, dominée par la puissance créatrice et de rêverie. Quand, chez nous, l'imagination est trop active, que les rêves sont fréquents, cette veine est tourmentée; et, si elle est tellement troublée et blessée qu'elle vient à se rompre, la frénésie et la démence se produisent. Afin de ne pas tomber dans un danger aussi fatal et sans remède, nous devons

donc arrêter nos rêves, nos imaginations, nos soupçons, et les autres pensées vaines et inutiles, qui peuvent troubler notre cerveau. Nous sommes des hommes et ce qui est arrivé à ce convers par suite de ses rêveries et de ses hallucinations, ne peut-il pas non plus nous survenir. »

Dans les lignes précédentes se manifeste avec abondance et ingénuité la fureur de théorie pathogénique qui caractérise toutes les médecines primitives. On peut reconnaître deux grands modes d'explication de la folie du peintre parmi son entourage. Pour les uns, Hugo Van der Goes est atteint d'une affection mentale d'origine organique et d'étiologie, pour ainsi dire humaine de frénésie. Pour les autres, le peintre souffre d'un mal d'origine diabolique et d'étiologie divine: il est possédé du démon. Les partisans de la frénésie invoquent les vices de l'alimentation, les excès alcooliques, le surmenage moral, l'intoxication des humeurs. G. Ofhuys penche pour le désordre de la circulation cérébrale, causé par la lésion d'une certaine veine, dont les rapports anatomiques ne sont d'ailleurs indiqués qu'avec « la puissance créatrice et de rêverie ».

Ceux qui croient à l'intervention divine invoquent la punition que Dieu inflige à l'orgueil du maître, les voies de sa pénitence et de son amendement, et enfin l'édification de l'entourage du malheureux pécheur.

Toute cette pathogénie du moyen-âge est caractérisée par l'ignorance des faits naturels, normaux et pathologiques; par la hardiesse et l'inanité des hypothèses; enfin, par l'intervention constante de théories mystiques dans l'explication des maladies.

Quatre cents ans après G. Ofhuys, un éminent critique d'art, Alph. Wauters, dans le livre que nous avons déjà cité, reprenait l'étude de la biographie et de l'œuvre de Hugo Van der Goes et émettait un jugement, intéressant à reproduire ici, sur les causes de l'éclosion et de la persistance des troubles psychiques chez le grand artiste.

Après avoir rappelé la mort de cette jeune femme, originaire de Gand, que le peintre avait aimée et représentée sous les traits d'Abigail s'avançant à la rencontre de David, dans un de ses tableaux les plus connus: puis la solitude, la tristesse et la retraite au prieuré, en 1472, de Hugo Van der Goes, Alph. Wauters s'exprime ainsi :

« Dans le cadre poétique du cloître, le peintre aura senti se réveiller ses ardeurs d'autrefois... et sa raison aura succombé dans la lutte entre les nouveaux devoirs et le souvenir d'affections mal éteintes, réveillées par ses occupations même.

» Autorisé dans le cloître à recevoir les laïques, les hôtes, etc., le peintre y menait une existence mixte, tantôt pleine de calme et de mélancolie, tantôt bruyante et dissipée. Le chroniqueur Van Opstal cherche en

vain dans les préoccupations de l'artiste, avide de terminer ses travaux, dans ses lectures constantes, dans la colère divine, dans des repas trop copieux, le secret de la folie de Hugues. Une autre passion en fut sans doute la cause principale; mais, on le comprend, cette cause resta le secret du malheureux; ou, si elle se découvrit, ne put être proclamée dans un cloître, ni mentionnée dans une chronique monastique. »

Wauters exprime donc l'opinion formelle que Hughes devint mélancolique par suite, non pas précisément de la mort de sa femme, décédée au moins cinq à six ans avant l'éclosion de l'accès de Cologne, mais à cause de la hantise obsédante du souvenir de sa femme, provoquée et entretenue par la fréquentation des laïques, la culture de son art et la persistance, au moins dans une certaine mesure, de ses attaches avec le monde extérieur.

« Le séjour de Rouge-Cloître ne fut pas sans influence sur la destinée de l'artiste. Le site est magnifique; le couvent vivait sous une discipline sévère : la nouvelle demeure de Hugues aurait dû exercer sur sa santé et sa raison une influence bienfaisante. Mais la solitude n'est salutaire qu'à ceux qui ont complètement rompu avec les plaisirs du monde, et qui n'y emportent pas, comme un ulcère rongeur, des souvenirs à la fois tendres et cruels. Les pratiques régulières de la vie religieuse amortissent les passions; mais ces dernières ne s'éteignent pas chez ceux qui reviennent prendre place à des banquets savoureux, et qui revivent le souvenir des plaisirs de la jeunesse, en retraçant les traits d'une femme aimée, cette femme fut-elle pieuse et modeste, comme celle que Hugues se plaisait à peindre. »

Dans d'autres passages de son mémoire, Wauters analyse les caractères de la folie du maître flamand. Il rapporte le désespoir et la crainte de la justice divine chez le malade, au sentiment de sa culpabilité, et aux remords que Hugues éprouvait de n'avoir pas lutté contre ses passions. Il attribue les idées de suicide au déchirement intérieur du malheureux moine, engagé dans une voie sans issue entre la vie monastique à laquelle il ne pouvait se plier et les sentiments profanes qu'il se reprochait.

De même Wauters prétend que c'est sous l'influence du découragement que le peintre se décida à quitter le réfectoire et à aller prendre ses repas avec les plus humbles frères de la communauté.

Nous ne nous attarderons pas ici à faire la critique facile des opinions de Wauters sur l'étiologie et la pathogénie des troubles psychiques présentés par Hugo Van der Goes. S'il est naturel de retrouver dans une chronique du xve siècle, sous la plume de G. Ofhuys, la naïve et complexe pathogénie de la médecine du moyen-âge, il est intéressant de constater que, dans un livre qui date de 1872, un auteur moderne s'efforce de rattacher au souvenir d'anciennes amours et à la fréquentation du monde laïque, l'éclosion

d'une maladie aussi connue et aussi classique que la mélancolie. Le critique moderne n'invoque plus l'intervention de Dieu ni du Diable; il n'émet plus des hypothèses aussi compliquées et aussi extravagantes que le médecin du XVe siècle; mais il ignore les progrès de la sience médicale et, appliquant les lois de la psychologie normale au fonctionnement du cerveau malade, il s'efforce d'expliquer l'apparition et la forme des accidents mélancoliques, par les causes banales qui engendrent chez l'homme normal la tristesse et le désespoir. C'est d'ailleurs là un vice de raisonnement commun non seulement à tous les gens du monde, mais aussi aux médecins qui n'ont pas l'expérience des maladies mentales. Si, en effet, les profanes reconnaissaient leur ignorance de la médecine, lorsqu'il s'agit de médecine ordinaire, ils se réservent, par contre, le droit d'exprimer leur opinion et de prodiguer leurs conseils, lorsqu'il s'agit de médecine de l'esprit. Il ne faut voir dans cette habitude de jugement qu'un vestige des doctrines spiritualistes et une conséquence des idées relatives à la distinction de l'âme et du corps.

Cette critique comparée de deux textes distants de quatre siècles, et tous deux consacrés à la folie du même personnage historique, démontre qu'en dépit des progrès généraux de la science, tendent toujours à persister dans la relation et le commentaire des maladies mentales, les mêmes vices et les mêmes erreurs de méthode : l'explication substituée à la description ; l'interprétation des faits remplaçant leur exposition ; enfin, l'observation objective sacrifiée à l'appréciation subjective des choses.

Sur certaines formes de paralysie générale traumatique

par le Dr Et. Jourdan (de Marseille)

J'ai eu l'occasion de voir soit directement soit en expertise d'accident du travail quelques malades qui, à la suite d'un traumatisme crânien, ont présenté un syndrome paralytique dont l'évolution a été si différente de celle de la paralysie générale classique, qu'il m'a paru intéressant de vous en rapporter les observations.

Observation I. — M. X..., 47 ans, négociant, est un homme robuste, solidement planté, qui n'a aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire, cependant un frère mort paralytique général : l'origine spécifique de cette paralysie générale n'était pas douteuse.

M. X..., aimait beaucoup les sports et tous les dimanches il faisait de grandes promenades à bicyclette. Or, pendant une de ces promenades,

alors qu'il marchait à une assez vive allure, il se trouve brusquement au tournant de la route en présence d'une automobile. Pour l'éviter il fait une embardée à sa droite, tombe de sa machine et on le relève évanoui, la tête ensanglantée. Transporté chez lui, son médecin constate des plaies multiples du visage et du crâne, du ptosis de la paupière supérieure gauche et une fracture de la face postérieure de l'orbite du même côté. Toutes ces lésions guérissent rapidement et un mois après l'accident, M. X... reprenait ses occupations.

Sept à huit mois après cet accident, M. X... se plaint de fatigue musculaire, de torpeur cérébrale. A son bureau, il est chargé des écritures et il constate que ce travail lui devient pénible, qu'il est obligé de mettre beaucoup plus de temps qu'auparavant pour faire ses comptes ; lui qui était très actif, marchait beaucoup, n'était jamais fatigué, se plaint de fatigue rapide, il ne se sent plus très solide sur ses jambes. D'ailleurs il n'est pas le seul à faire ces constatations : sa famille et son associé s'aperçoivent du changement qui s'est opéré en lui ; aussi, malgré son opposition, l'oblige-t-on à se reposer et à consulter son médecin. Celui-ci ne constatant aucun trouble objectif, pense à de l'asthénie que le repos, la suralimentation et quelques toniques feront rapidement disparaître. Mais ces phénomènes persistant, le médecin, croyant à une affection du système nerveux, m'adresse le malade (mai 1907).

Voici le résultat de l'examen auquel nous avons procédé à ce moment :

Le facies du malade est atone, figé, le regard sans expression, la parole lente, plus hésitante qu'embarrassée, monotone, cependant correcte et ne traduisant aucune idée morbide. Debout, l'attitude du malade est raide, on dirait que pour conserver son centre de gravité il est obligé d'exagérer la contraction musculaire ; la marche et modifiée, les pieds écartés l'un de l'autre traînent sur le sol, la démarche est vascillante, mal assurée, aussi le malade n'aime pas à marcher seul, il préfère s'appuyer sur une canne et encore mieux sur le bras d'un aide. Le malade parle peu, cependant il répond aux questions qu'on lui adresse, il s'intéresse à la conversation sans cependant y prendre part, se rend compte de ce qui se fait autour de lui tant en ayant l'air d'être étranger à ce qui l'entoure. On constate de l'inégalité pupillaire, mais celle-ci a été remarquée dès après l'accident dont le malade a été victime. On ne note aucune modification de la sensibilité générale ou spéciale, pas de modification des réflexes, pas d'atrophie musculaire. Cependant, chose à signaler, l'affaiblissement dont se plaint le malade est plus marqué à gauche qu'à droite. L'appétit et le sommeil sont normaux et le malade n'accuse aucune douleur.

Un fait qui a son importance a marqué cette période de début, c'est l'impuissance génitale. M. X..., qui était un homme très robuste, avait un appétit génital très grand. Au début de sa maladie, malgré ses tentatives, il ne pouvait jamais arriver à conclure, l'érection était lente à venir et toujours imparfaite, l'éjaculation impossible. Ce fait avait frappé énormément le malade et influé beaucoup sur son caractère : lui qui avait toujours été très gentil, très aimable pour sa femme, n'ayant jamais eu le moindre soupçon à son sujet, se montrait maintenant ombrageux et jaloux, faisait des scènes, était très en colère lorsqu'il la voyait causer avec quelqu'un ou lorsqu'elle rentrait plus tard qu'elle ne l'avait dit.

Cette impuissance génitale à laquelle il ne pouvait se résoudre avait augmenté la dépression psychique et l'indifférence qui caractérise le début de la maladie.

Quelque temps après (juin-juillet 1907) apparaissent de petits ictus assez fréquents ; on les constate lorsque le malade est debout ou assis ; dans le premier cas, le malade sent la jambe gauche se dérober sous lui et il tombe, quelques instants après on le relève péniblement et il continue sa marche comme si de rien n'était ; dans le second cas, la main gauche laisse tomber l'objet qu'elle tenait ; le bras tombe inerte, quelques secondes après le mouvement revient. Ces ictus ne se sont jamais accompagnés de perte de connaissance et la paralysie a toujours été fugace. Ce qui est à noter, c'est que c'est toujours le côté gauche qui a été atteint : au fur et à mesure que ces accidents se répétaient les symptômes que nous avons signalés deviennent de plus en plus apparents: l'affaiblissement musculaire s'exagère, la marche devient de plus en plus pénible, les réflexes rotuliens diminuent, la parole est de plus en plus hésitante et embarrassée, on note du tremblement des mains qui empêche l'écriture et bientôt il est impossible de faire signer le malade ; la torpeur intellectuelle augmente, tandis que jusqu'alors il lisait encore le journal, il ne le lit plus, le malade paraît complètement étranger à ce qui se passe autour de lui, cependant il se rend compte de tout ce qui se fait, il parle très peu, on est même obligé de le presser pour obtenir une réponse, mais dans tout ce qu'il dit il est impossible de déceler la moindre altération de sa mentalité. Il est toujours, quoique beaucoup moins démonstratif, très affectueux pour les siens : sa fille était à cette époque malade, il ne pouvait se résoudre à quitter sa chambre et lorsque le médecin venait faire sa visite, il l'attendait à la porte anxieux de savoir ce qu'il dirait. Il était à la même époque question d'un mariage pour sa fille ; la situation personnelle et de la famille du jeune homme ne lui agréait pas, il n'en disait rien à sa fille, qu'il ne voulait pas contrarier, mais par contre faisait part de sés craintes à sa femme.

Cet état dure ainsi, les phénomènes morbides allant progressivement en s'aggravant jusqu'en octobre 1908. A ce moment, à la parésie des membres inférieurs succède la paralysie, les réflexes sont abolis, il y a de l'incontinence d'urine et des matières fécales : le malade est confiné au lit ou dans un fauteuil. L'affaiblissement intellectuel est des plus marqués, le malade ne parle plus ou lorsqu'il dit quelque chose, il bredouille tellement qu'on a peine à le comprendre ; cependant il a conscience de tout ce qui l'entoure, il reconnaît les personnes de sa famille, ses amis, ses médecins, mais il est dans une indifférence absolue, affalé dans son fauteuil, le visage hébété, les yeux fixes, les lèvres pendantes, la tête penchée sur la poitrine, le corps à demi fléchi sur les jambes, il reste ainsi sans remuer et sans se plaindre. Dans cette période apparaissent des crises de hocquet que rien n'arrête et qui durent plusieurs heures, et des vomissements ; la déglutition devient difficile et on ne peut plus lui donner que des aliments liquides. Le malade a l'aspect d'un pseudo-bulbaire.

Au mois de janvier 1909, le malade tousse, a de l'élévation thermique, un point de congestion pulmonaire du côté droit. Cette congestion disparaît en vingt-quatre heures mais la température continue à monter (39°5,

40°). On constate alors de la raideur des muscles gauches, du cou, du droit externe gauche de l'œil et du membre supérieur du même côté, des vomissements et de la diarrhée : le malade ne parle plus mais il porte constamment sa main droite à la tête montrant ainsi qu'il en souffre. Cette méningite emporte le malade en quarante-huit heures.

Observation II. — En 1903, j'ai vu en expertise d'accident du travail — avec le Dr Sachaux et le Dr Flavard — un ouvrier menusier dont voici l'histoire :

Cet ouvrier travaillait à la devanture d'un magasin; il était sur une échelle qui glisse; il tombe et va butter de la tête (occiput) sur le bord du trottoir. On le relève dans le coma, on le transporte à l'hôpital où le diagnostic de fracture de la base du crâne est porté. Quelques jours après il sort du coma et présente des troubles psychiques : il ne sait pas où il est, ne reconnaît pas son frère qui est près de lui, ne se rappelle pas de son accident, ne sait plus qui il est, s'excite et s'agite : tous phénomènes qui font porter le diagnostic de paralysie générale pour laquelle le malade est évacué sur l'asile Saint-Pierre. C'est là que quelques mois après nous le voyons en expertise médico-légale. Ce malade a un facies hébété, sans expression, de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, le corps est plié en deux doubles, les jambes molles et traînantes, porté plus que soutenu par deux infirmiers. Nous ne constatons aucun trouble mental : le malade se rappelle très bien toutes les phases de son accident, son séjour à l'hôpital reste nébuleux, il ne s'en souvient que parce qu'on lui a raconté, il nous dit son âge (40 ans), le lieu de sa naissance (il est Italien), donne des renseignements sur sa famille, sur son métier; il est navré d'être dans un asile au milieu de malades qui ont perdu la tête et demande à en sortir pour retourner dans son pays au milieu des siens qui le soigneront, car il est très préoccupé de son état. La parole est lente, hésitante plus qu'embarrassée; il ne peut marcher, éprouve un grande faiblesse musculaire et de la fatigue générale : les réflexes rotuliens sont abolis, les membres inférieurs paralysés, il a de l'incontinence d'urine.

En présence de ces symptômes, le diagnostic de la paralysie générale est écarté et sans avoir un avis précis sur la nature et le siège des lésions, nous concluons à une affection grave du système nerveux avec pronostic peu favorable et une incapacité de travail permanente de 95 pour cent.

Je ne sais ce qu'est devenu ce malade qui, j'avais oublié de le dire, n'accusait aucune syphilis dans ses antécédents.

Observation III. — A..., Félix, 40 ans, cocher, a, le 31 mai 1909, une colision entre sa voiture et un tramway : la voiture est coupée en deux et lui est précipité de son siège, tombe sur le pavé, est relevé évanoui avec des contusions multiples de la tête et du corps. Il guérit assez rapidement de ses contusions et reprend son métier de cocher. Dès le mois de juillet sa femme constate « qu'il ne raisonne plus comme auparavant et qu'il oublie facilement ». Au mois d'août, les troubles de la mémoire deviennent très apparents. Lorsqu'il prend un voyageur dans sa voiture, il oublie en route l'adresse que celui-ci lui a donné; il ne se rappelle plus la situation des rues. Un jour, chargé d'aller prendre à la gare une malle

pour la transporter au quai d'embarquement de la Compagnie transatlantique pour le bateau en partance pour Alger, il se trompe et la transporte aux Messageries maritimes et sans la faire enregister l'embarque à bord d'un bateau de cette compagnie. Quelques jours après, le propriétaire de la malle la réclame au cocher qui se rappelle l'avoir transportée sur un bateau des Messageries mais ne peut dire le nom du bateau. Cette amnésie s'étend à tout : il oublie de donner à manger à son cheval, laisse la clef à la porte de son écurie et bientôt comprenant lui-même que son métier lui devient impossible à faire, d'ailleurs ses clients l'abandonnant, il vend sa voiture et son cheval et vit auprès de sa femme sans rien faire.

Je vois ce malade pour la première fois en janvier 1910 et voici ce que je constate : la parole est hésitante, monotone, embarrassée, le malade parle comme s'il avait un corps étranger dans la bouche; le facies est figé, sans expression, il y a de l'inégalité pupillaire. Le malade se plaint d'affaiblissement musculaire, il marche avec une certaine raideur, les réflexes patellaires sont diminués. Au point de vue psychique, à part l'amnésie que j'ai décrite, il ne présente rien d'anormal, cependant il n'est pas soucieux de son état maladif, il accepte sa situation, qui, il le reconnaît, est précaire; il mange et dort bien et ne se préoccupe de rien. N'a jamais été malade sauf une crise de rhumatisme articulaire alors qu'il avait 18 ans; ne boit pas, n'a pas eu de syphilis. Deux enfants, un fils de 13 ans, qui est bien portant et est à l'École pratique d'industrie où on est très content de lui, une fille qui est morte à l'âge de 4 ans d'une congestion pulmonaire.

J'ai revu ce malade en juin : il est plus abattu que lors de son premier examen, il se préoccupe de moins en moins de sa situation, sa femme est obligée de le conduire comme un enfant : il n'a aucune initiative et si on le laissait tranquille il passerait ses journées assis sur une chaise à lire son journal que d'ailleurs il lit à l'envers. Comme sa situation pécuniaire n'est pas brillante, on lui a trouvé une petite situation : il est balayeur de rue; mais, étant donné son amnésie, il oublie le nom et la position des rues qu'il est chargé d'entretenir. Cette amnésie est bien plus une amnésie par inattention qu'une amnésie véritable; en effet, en le forçant à se rappeler, il énumère avec difficulté, il est vrai, le nom et la situation des rues dont il a la charge. Il est content de lui sans cependant qu'il ait une satisfaction véritable, se dit robuste alors que ce sentiment est en contradiction avec l'état réel de ses forces; il a une tendance à exagérer dans le sens de la grandeur, mais non en ce qui le concerne : c'est ainsi que parlant de quelqu'un de connu, il le dit riche à plusieurs millions, mais quant à lui, il a la notion de sa situation exacte au point de vue pécuniaire. Ce malade n'a jamais été d'une mentalité bien élevée, mais il n'y a nullement chez lui un affaiblissement très grand et progressif de l'intellectualité et de la moralité : il ne se préoccupe ni de ses enfants, ni de sa femme, ni de sa situation, pourvu qu'il mange et qu'il dorme il est content.

Voilà trois cas où, soit immédiatement, soit quelques mois après un traumatisme crânien avec commotion cérébrale intense, un syndrôme paralytique a été constitué. S'agit-il de la paralysie générale

vraie ou bien le traumatisme a-t-il déterminé des lésions diffuses cérébro-spinales qui, bien que donnant naissance à un syndrôme parlytique, sont différentes par leur nature et leur évolution de celles de la paralysie générale vraie ? C'est là une question que je ne saurais résoudre, toute mon ambition se borne à vous apporter quelques faits sur lesquels je serais heureux que vous vous prononciez.

A côté de la considération purement scientifique, ces cas me paraissent avoir une importance au point de vue médico-légal. En effet, souvent ces malades sont vus en expertise à une date assez rapprochée du traumatisme, ou tout au moins au début de leur affection et comme à cette époque on n'a, pour se prononcer que quelques phénomènes subjectifs, on se trouve entre deux hypothèses la simulation ou la névrose traumatique. Il est vrai que, dans ces cas, la ponction lombaire pourrait donner des indications utiles, mais on n'y pense pas et ce n'est que quelque temps après, lorsque la symptomatologie n'est plus douteuse, que le blessé ou plutôt sa famille demandant la révision du procès, on est amené à faire le diagnostic exact.

Notes sur la formule leucocytaire dans la manie et la mélancolie

par C. Parhon et C. Urechie (de Bucarest)

Dans un travail antérieur fait en collaboration avec Marbé, l'un de nous étudia la question des troubles mentaux dans le syndrôme de Basedow. Comme d'autres auteurs, il fut frappé par le grand nombre de cas de manie et mélancolie coexistant avec ce syndrôme et émit l'hypothèse que la manie et la mélancolie pouvait être, dans certains cas au moins, en rapport pathogénétique avec un trouble de la fonction thyroïdienne (hyperfonction ou perversion fonctionnelle).

Cette hypothèse était appuyée encore par d'autres faits tel que la plus grande fréquence des cas de mélancolie dans le sexe féminin et par l'apparition fréquente du même syndrôme à l'époque de la ménopause lorsque le corps thyroïde doit fonctionner souvent en excès grâce à l'antagonisme thyro-ovarien.

L'un de nous eu l'occasion d'observer un cas de mélancolie d'involution survenu à l'époque de la ménopause et coexistant avec une hypertrophie thyroïdienne. Ce cas lui permit de reprendre et de soutenir de nouveau l'hypothèse ci-dessus mentionnée.

Les recherches récentes de Caro, Mihailow, Gordon et Jagic, Roth, Marinesco, ont montré que la formule leucocytaire dans le syndrome

de Basedow est caractérisée par une mononucléose, fait que nous avons pu confirmer chez la malade qui fait le sujet de la première observation de cette communication.

Caro a observé le même phénomène à la suite de l'administration de corps thyroïde.

Nous avons pensé que si l'hypothèse plus haut mentionnée contenait une part de vérité nous avons quelques chances de trouver le même phénomène dans certains cas de manie et de mélancolie ou de psychose maniaque-depressive.

Tel a été le point de départ de nos recherches. Nous avons étudié la formule leucocytaire dans un cas de syndrôme de Basedow avec troubles mentaux ainsi que dans des cas de psychoses maniaques ou mélancoliques.

Nous exposerons d'abord le résumé des observations pour discuter ensuite les résultats de nos recherches.

OBSERVATION I. — V. P., 54 ans. Il s'agit d'une femme atteinte du syndrome de Basedow avec psychose périodique. Elle a été internée plusieurs fois dans l'hospice en commençant en 1888, puis en 1892, 1895, 1898 (deux fois), 1910. Elle n'a pas connu son père; sa mère était nerveuse et présentait du tremblement. Elle succomba, à 60 ans, à la suite d'une pneumonie. Un frère de la malade est mort de tuberculose. Une de ses deux sœurs fut aliénée depuis l'âge de 21 ans. Elle présentait une psychose périodique d'agitation maniaque, idées de persécution et hallucinations surtout auditives, alternant avec des périodes de mutisme complet (psychose maniaque-dépressive). sa seconde sœur, âgée de 27 ans, est nerveuse, irritable, se querelle avec tout le monde. Elle a quitté ses enfants.

Le mari de V. P. nous dit que sa femme lui a semblé d'abord une nature concentrée et sauvage, mais bientôt il remarqua qu'elle est une femme méchante et qui cherche toujours la querelle. Elle était toujours très jalouse et une fois il lui est arrivé de jeter un couteau sur son mari.

Son premier accouchement fut suivi d'accès d'éclampsie et bientôt après de troubles mentaux. Elle aimait les alcooliques.

Dans l'observation trop courte de 1888, on trouve que la malade présentait un mélange d'idées hypochondriaques, de persécution, de grandeur, avec transformation de la personnalité, des hallucinations terrifiantes visuelles et auditives. Tous ces troubles étaient mobiles, fugaces. La malade passa quatre mois dans l'hospice et sortit très améliorée. Elle ne présentait plus que quelques idées hypochondriaques.

En 1892, la malade présenta de nouveau des troubles mentaux à la suite de l'accouchement dont nous venons de parler.

Elle se croyait persécutée, soupçonnait la sage-femme d'avoir des relations avec son mari. Puis accusa sa belle-sœur d'avoir des rapports avec son mari. Cette belle-sœur était en même temps une sorcière. Elle lui mettait dans les aliments des fils, des os, des cornes, etc., pour l'ensorceler.

Elle observa que les objets deviennent noirs, que les murs présentent aussi des taches noires. Son mari a pris la figure d'une juive dans le but de la paralyser. Ils ont fait la même chose pour sa sœur jusqu'à ce qu'elle est devenue folle.

La malade, convaincue de l'ensorcellement, commença à prendre tous les médicaments dont elle lisait la réclame dans les journaux. Elle adressa au préfet de police une demande pour que sa maison soit surveillée, car on veut la détruire. Enfin, un beau soir de mai, elle vit sa maison entourée de chiens qui hurlaient, des taches noires couvraient les murs, enfin tous les meubles craquaient effroyablement.

Terrifiée, la malade s'enfuit chez des voisins. Lorsque son mari, qui était absent, vint la trouver, elle le trouva laid, noir, avec de grands ongles et il aurait fait des grimaces monstrueuses. Quelques jours après, elle prétendait être la Sainte Vierge et puis Minerve et son mari Alexandre-le-Grand. Puis elle prétendit avoir trouvé dans le jardin des minéraux dont elle va faire de l'or. Enfin elle se croit très riche, elle ne parle que de millions et fait des projets grandioses pour l'emploi de son argent. Elle parle de donner l'autonomie de la Transylvanie, etc. Elle sortit de l'hospice en 1894 au mois de mai.

En 1895, on l'amena de nouveau, le 21 novembre. Son mari dit qu'elle aimait les alcooliques au point de vendre les objets de la maison pour s'en procurer.

Cette fois on trouve dans l'observation que l'état de la malade était variable. On la trouvait souvent seule, la tête penchée et très triste. Mais si on lui parlait elle s'agitait, criait, gesticulait, accusait le personnel d'être les complices de son mari, etc. Elle manifestait beaucoup d'affection pour ses enfants. On n'a pas observé des hallucinations.

En 1898, est amenée de nouveau dans l'hospice. La malade présente un mélange d'idées de persécution, d'idées de grandeur et d'idées hypocondiaques. Elle se croit infectée par des microbes; pour en guérir elle demande qu'on lui donne à boire du rhum, car ce liquide tue les microbes. Elle dit que chez elle, elle buvait jusqu'à huit verres de rhum par jour. Elle manifeste toujours beaucoup d'amour pour ses enfants, est propre. Elle dort bien, mais seulement sous l'action de la morphine dont elle use depuis quelque temps.

Enfin la malade revient dans l'hospice au mois de décembre 1909.

Elle présente toujours quelques idées de persécution. C'est son mari qui la trompe avec d'autres femmes et ne la soigne pas. Une de ses filles a mis également des instances pour qu'on l'amène à l'hospice. Elle aime par contre beaucoup l'autre fille qui est bonne et a pitié d'elle.

La malade semble avoir eu chez elle quelques hallucinations auditives. Elle parle beaucoup avec volubilité, entre facilement en colère, mais en revanche se montre bonne et contente quand on lui promet de la mettre en liberté. Elle présente un goitre évident, bien que pas trop prononcé, le regard étrange, des palpitations, de la tachycardie (120 à 140 pulsations par minute), du tremblement, autrement dit le syndrome de Basedow presque complet.

Les phénomènes basedowiens semblent dater depuis longtemps, car la malade se souvient avoir eu des palpitations il y a déjà dix ans, et dans l'observation de 1895 on trouve noté que les battements du cœur sont précipités.

L'examen du sang révèle la formule leucocytaire suivante : polynucléaires, 44; lymphocytes, 28.50; grands mononucléaires, 8.25; mononucléai-

res moyens, 15.75; éosinophiles, 0.75; formes de transition, 2.50; Mastzellen, 0.25.

Observation II. — C. D..., 28 ans. Femme juive. Premiers troubles mentaux en 1902 à la suite d'un avortement. Elle guérit après un mois. En décembre 1906, à la suite d'un chagrin, elle présenta de nouveau des troubles mentaux, elle chantait, parlait sans ordre, disait des blagues. Parfois devenait furieuse. Elle guérit en trois semaines.

Lorsqu'elle entra dans le service le 25 mars 1907, c'était pour la troisième fois qu'elle présentait des troubles mentaux. On avait noté alors que la malade était orientée dans le temps et dans l'espace, que la mémoire était bonne, de même que le calcul mental. Elle confondait parfois les personnes. On trouve encore que la malade avait le visage congestionné, le regard dur, d'autres fois, elle était par contre gaie, satisfaite. Aimait à parler beaucoup en passant d'un sujet à l'autre.

Elle dit être venue à l hospice pour guérir les malades. Elle se dit reine et prétend qu'elle peut faire de n'importe qui un roi. Puis elle dit avoir dit cela pour rire mais que ce n'est pas vrai.

Continuellement agitée, ne veut pas garder la chambre, sort dans la cour de l'hospice, veut monter dans les arbres, etc. Le sommeil est mauvais. L'appétit est bon.

La malade a eu dans l'hospice plusieurs périodes de calme et d'agitation.

Le *16 mai 1910*, on trouve que la malade est de nouveau agitée, elle prétend être la souveraine de la terre et dit que la puissance céleste n'est pas dans le dieu, mais en elle. Deux époux font le dieu, mais il y a aussi des diables. Le soleil a été le premier dieu. Il y a aussi des eaux dans le ciel, etc.

Elle sait où elle se trouve et dit avoir été amenée à l'hospice parce qu'elle était furieuse. Elle dit se trouver dans l'hospice depuis à peu près cinq ans. Elle sait le mois où nous sommes, mais si on lui demande l'année, elle répond deux mille ans passés. Elle prétend que dans l'hospice on trouve des morts qui ont ressucité et parmi eux son père. Elle prétend que ses enfants sont morts mais on peut les reconstituer, c'est au moins de cette façon que les idées lui viennent. Ménopause depuis deux ans. Nonante pulsations par minute. Pas d'hypertrophie thyroïdienne.

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante : polynucléaires, 57; lymphocytes, 18; grands mononucléaires, 8; mononucléaires moyens, 12; formes de transition, 4; éosinophiles, 1.

Observation III. — L. D..., 42 ans, mariée. Les premiers troubles mentaux ont débuté il y a quatorze ans, lors que la malade a présenté une forte agitation qui a nécessité son internement, mais elle fut bientôt mise en liberté. Quelques années après, elle présenta une nouvelle période d'excitation mais moins violente, de sorte que l'internement ne fut pas nécessaire. Il y a deux ans, la malade commence de nouveau à être irritable, elle entrait facilement en colère, se querellait avec ses voisines, cassait les vitres, menaçait les gens, criait, gesticulait, se déshabillait, présentait de l'insomnie, etc. Cet état détermina son nouvel internement.

Dans l'hospice, elle présente des phases d'excitation (consistant en loquacité, avec fuite des idées, colères faciles, gesticulations, obscénités, impulsivité, insomnie, accélération du pouls, salivation abondante), alternant avec des phases de dépression, pendant lesquelles elle devient taciturne, aime la solitude, semble fatiguée. L'attention se soutient difficilement. Elle se considère comme très malade.

Sa formule leucocytaire pendant une période d'agitation donne les chiffres suivants : polynucléaires, 45.80 ; lymphocytes, 32.53 ; grands mononucléaires, 5.32 ; mononucléaires moyens, 12.55 ; éosinophiles, 3 ; formes de transition, 0.66 ; Mastzellen, 0.33.

Observation IV. — La malade C. P..., 25 ans, semble plus âgée qu'elle ne l'est en réalité. Elle a fait usage d'alcooliques. Les troubles mentaux ont débuté il y a quatre ans pendant l'été, puis se sont dissipés pour revenir de nouveau pendant les été suivants. Lorsqu'elle fut internée dans l'hospice il semble que c'est pour la quatrième fois qu'elle présentait des troubles mentaux. La malade est propre et soignée. Sa figure exprime l'enphorie. Elle est très communicative et aime à parler avec tout le monde mais elle ne peut pas fixer son attention sur une question et pendant qu'elle parle elle fait des nombreuses digressions qui l'éloignent de plus en plus de son point de départ. Pendant la conversation elle conserve un air dégagé et une bonne humeur. La mémoire ne semble pas altérée. Le calcul mental est souvent erroné mais la malade se corrige elle-même. Elle réclame la liberté avec insistance et manifeste de l'amour pour ses enfants. Elle se préoccupe aussi de sa santé. Elle se rappelle de certains actes qui ont déterminé son internement mais cherche à leur donner une justification logique.

Elle a présenté chez elle des hallucinations zoopsiques et terrifiantes. Elle voyait des ours et des chiens se promener par sa chambre.

C'est, en somme, une malade atteinte d'un état maniaque périodique dans la genèse duquel l'alcoolisme doit avoir une large part.

Voici maintenant la formule leucocytaire. Cette formule est prise pendant une période de calme : polynucléaires, 54 ; lymphocytes, 9.6 ; grands mononucléaires, 12.40 ; mononucléaires moyens, 14.2 ; éosinophiles, 6.6 ; formes de transition, 2.2 ; Mastzellen, 0.6.

Observation V. — R. M..., 57 ans. Antécédents héréditaires et personnels inconnus. Il nie l'alcoolisme. Le malade est gai, le regard vif, les mouvements rapides. Il répond bien aux questions simples qu'on lui pose mais lorsqu'il commence à parler, une idée rappelle une autre et le malade continue ainsi à parler sans pouvoir concentrer son attention sur une question bien déterminée. Lorsqu'il se rappelle des événements tristes de sa vie, il commence à pleurer mais il ne tarde pas à regagner sa disposition euphorique. Il vante son habilité à voler le blé des propriétaires (le malade est un simple paysan), sans être attrapé. Sa mémoire est bonne tant pour le passé que pour les événements récents. Le calcul mental faible, mais le malade est illettré.

Il ne manifeste pas d'amour pour les siens et leur adresse des insultes lorsqu'on en parle. Il est par contre respectueux à l'égard du personnel

de l'hospice. Le sentiment de pudeur est bien conservé, voire même exagéré. Le malade est propre et travaille beaucoup.

Le malade présente un léger tremblement des doigts et de la langue, une cataracte de l'œil gauche mais nous ne trouvons pas d'autres troubles symtomatiques importants. L'urine ne contient pas d'albumine.

C'est, en somme, un malade avec un syndrome hypo-maniaque.

La formule leucocytaire pendant son état d'excitation est représenté par les chiffres suivants : polynucléaires, 55.2; lymphocytes, 21.2; grands mononucléaires, 10.2; mononucléaires moyens, 10; éosinophiles, 1.2; formes de transition, 1.6; Mastzellen, 0.6.

Observation VI. — M. A..., 47 ans, Hongroise. La malade présente le type de la mélancolie d'involution, avec idées d'auto-accusation. Elle présente en outre une hypertrophie du corps thyroïde qui était plus accusée encore il y a quatre ans. Son observation a fait l'objet d'un travail publié par l'un de nous dans la *Revue Neurologique*, n° 14, 1906.

Aujourd'hui, son état est à peu près semblable.

Voici la formule leucocytaire de cette malade : polynucléaires, 61.4; lymphocytes, 15.8; grands mononucléaires, 6.4; mononucléaires moyens, 12; éosinophiles, 3.4; forme de transition, 1.

Observation VII. — R. G..., 49 ans. Les troubles mentaux datent depuis 1905. A son entrée dans l'hospice (1906, la malade est désorientée dans le temps et dans l'espace. Le calcul mental était assez bon pour sa culture (deux classes primaires). Ce qui attirait surtout l'attention était le contenu mélancolique de ses idées. Elle parle de l'enfer, du feu, du diable, des malheureux, etc.

Nous avons connu cette malade, il y a quelques mois. Elle ne se rappelle pas bien depuis quand elle se trouve dans le service — et ne sait pas l'année où nous sommes. Elle nous dit que son cerveau ne travaille plus. Le calcul mental est assez bon pour sa culture. Elle sait qu'elle se trouve dans un hospice d'aliénés en pleure quand on lui en parle. Son jugement est assez bon.

La souffrance morale ressort surtout de ses écrits. Nous l'avons priée de nous écrire quelque chose sur sa maladie. Elle commença à se rappeler de so nenfance et de sa mère. Elle raconta ce qu'elle ressentait lorsque sa mère parlait avec une amie de ses souffrances à l'occasion du premier accouchement. « Mon attention était très attirée aux paroles qu'elle disait à une dame de la haute société et j'imprimais ces paroles dans ma pauvre mémoire et à chaque mot je me sentais souffrir effroyablement. Pourquoi ne suis-je pas morte alors ? J'aurais été mille fois plus heureuse. Je n'aurais pas été si frappée par le sort cruel qui pèse aujourd'hui sur moi si douloureusement que je me sacrifierai jusqu'au dernier moment. Chaque mot me blesse mortellement et je souffre en silence mon infinie douleur », etc., etc.

La malade a un certain talent au dessin. Parfois, à propos d'une querelle de salon, elle s'agite fortement, frappe, jette les objets par terre, etc., au point de nécessiter l'isolement.

Parfois aussi on la trouve mieux disposée, coiffée soigneusement, voire même parée.

Donc sur le fond mélancolique on trouve parfois des bouffées d'agitation et certaines tendances plus optimistes.

Elle présente certains phénomènes somatiques tels que des palpitations, une légère tachycardie (100 pulsations par minute), des bouffées de chaleur, des irrégularités dans les menstrues. Quelques poils dans la région mentonière. Si à ces phénomènes on ajoute l'insomnie, on a un cortège symptomatique qu'on peut mettre selon nous sur le compte d'un certain degré d'insuffisance ovarienne. La malade présente des vers intestinaux (tenia solium).

Voici la formule leucocytaire : polynucléaires, 64.4; lymphocytes, 13; grands mononucléaires, 8.8; mononucléaires moyens, 10.5; éosinophiles, 1.8; formes de transition, 1; Mastzellen, 0.5.

Observation VIII. — C. S..., 20 ans. Père alcoolique. Une cousine de la malade succomba aliénée. La malade elle-même a été soignée pour des lésions syphilitiques l'an passé.

Les troubles mentaux semblent dater de quelques mois. La malade présente un état hypo-maniaque. Elle est facilement abordable et cherche la société de certaines malades. La mémoire est satisfaisante. Orientée dans le temps et l'espace. Quand on parle avec la malade on observe une certaine logorrhée. Elle passe facilement d'une question à l'autre et bien qu'elle réponde correctement aux questions qu'on lui pose, elle ne peut pas soutenir une conversation suivie. La malade est propre. Le sentiment de la pudeur conservé. Elle présente pourtant un certain degré d'érotisme. La malade est bien disposée, même euphorique. Elle rit facilement et chante beaucoup. Elle dort peu. Elle refuse énergiquement si on cherche à lui piquer la langue.

La formule leucocytaire de cette malade est la suivante : polynucléaires, 61.4; lymphocytes, 4.8; grands mononucléaires, 10.2; mononucléaires moyens, 18.8; éosinophiles, 1.8; formes de transition, 2.2; Mastzellen, 0.8.

Observation IX. — M. P..., 27 ans. La malade présente des périodes de calme pendant lesquelles son état psychique semble normal ou à peu près. Elle est relativement bien orientée. Le calcul mental pour les petites opérations est assez bon pour sa faible culture. Lorsque la malade est excitée, ce qui lui arrive à quelques semaines d'intervalle, elle est loquace, passe d'un sujet à l'autre, crie, gesticule, parle des obscénités. Précipitation des battements cardiaques (96 par minute).

Voici la formule leucocytaire : polynucléaires, 62; lymphocytes, 28.6; grands mononucléaires, 2.2; mononucléaires moyens, 5.6; éosinophiles, 1.4; Mastzellen, 0.2.

Observation X. — C. T..., 54 ans. Ses premiers troubles mentaux ont débuté en 1884. Il a présenté un état d'agitation qui dura quelques mois. Deux ans après, il a présenté de nouveaux troubles mentaux. Il présente maintenant des périodes de calme et d'agitation. Ces dernières durent quelques jours ou quelques semaines. Pendant ces périodes, le malade parle continuellement, s'irrite facilement, frappe, crache, présente une

insomnie rebelle. L'agitation commence brusquement et souvent pendant la nuit. Il se rappelle pendant ses périodes de calme ce qu'il faisait pendant ses périodes d'excitation.

Voici la formule leucocytaire de ce malade : polynucléaires, 56.2 ; lymphocytes, 13.4 ; grands mononucléaires, 8.4 ; mononucléaires moyens, 18 ; formes de transition, 2.2 ; éosinophiles, 1.8.

Nous résumons dans un tableau les résultats de nos constatations :

		Polynucléaires.	Lymphocytes.	Grands mononucléaires.	Moyennes mononucleaires.	Formes de transition.	Eosinophiles.	Mastzellen.
V. P.	Syndrome de Basedow Alcoolisme Psychose périodique	44	28.50	8:25	15.75	2.50	0.75	0.25
C. D.	Psychose périodique	57	18	8	12	4	1	—
C. S.	Hypomanie (Psychose périodique ?)	61.4	4.8	10.2	18.8	2.2	1.8	0.8
M. P.	Psychose périodique	62	28.6	2.2	5.6	0	1,4	0.2
C. F.	Psychose périodique	56.2	13.4	8.4	18	22	1.8	—
C. P.	Psychose périodique	54	9.6	12.4	14.2	2.2	6.6	0.6
L. D.	Psychose périodique	45.83	32.53	5.32	12.13	0.66	3	0.33
R. M.	Hypomanie	55.2	21.2	10.2	10	1.6	1.2	0.6
M. A.	Mélancolie d'involution	61.4	15.8	6.4	12	1	3.4	—
R. C.	Mélancolie (Psychose maniaque dépressive ?)	64.4	13	8.8	10.5	1	1.8	0.5

Il résulte de ce tableau que dans les psychoses périodiques certaines, on trouve fréquemment (5 fois sur 6), une diminution numérique des polynucléaires avec augmentation des mononucléaires ce qui est conforme à nos prévisions et semble apporter un certain appui à l'hypothèse d'un trouble thyroïdien dans ces psychoses (au moins dans certains cas).

Assurément, nous ne voulons pas dire par cela que cette mononucléose ne pourrait pas reconnaître d'autres causes.

Sur deux cas d'hypomanie où on peut penser aussi à une psychose périodique, on trouve une fois une diminution des polynucléaires.

Dans nos deux cas de mélancolie la mononucléose est par contre absente.

Nous rappelons ici que Bruce et Peebles (cités par Dide), n'ont pas trouvé eux non plus des modifications dans le nombre relatif de polynucléaires (60 à 70) dans les cas de mélancolie ou les phases dépressives de la psychose maniaque dont le pourcentage était aux environs de 50. Dans la manie intermittente, ces auteurs ont trouvé de la polynucléose. Dide arrive au même résultat dans un cas de manie intermittente.

Notes sur 20 cas de pellagre observés dans les asiles d'Auch (Gers) et de Saint-Lizier (Ariège)

par les Drs Voivenel (de Toulouse) et L. Fontaine (d'Auch)

Des derniers travaux parus en France sur la pellagre et dont les plus importants sont : l'article du Prof. Régis, paru dans l'*Encéphale* du 15 août 1907 ; la thèse de son élève Le Fers (1) (Bordeaux, 1907), et le livre du Dr Auguste Marie (2), publié chez Giard et Brière en 1908, il ressort que la pellagre serait disparue des régions où on l'observait et en particulier des Landes et du territoire pyrénéen.

Le Dr Auguste Marie écrit : « Régis, à Bordeaux, Mairet, à Montpellier, ont récemment fait une enquête qui clôt la série des études sur la pellagre en France, car elle démontre que la pellagre a vécu et qu'il en reste surtout des vestiges héréditaires, l'hérédo-pellagre, manifestée par des troubles mentaux ,des érythèmes rappelant ceux de leurs ancêtres et chez des gens qui n'ont jamais mangé du maïs, mais dont les parents furent empoisonnés par cet aliment. Les asiles d'Auch, de Montpellier et de Pau, contiennent encore quelques survivants des terribles folies pelagreuses que Th. Roussel avait, pour ainsi dire, tari dans leurs sources en dénonçant leur cause et en décidant, avec le corps médical de ces régions, la population à l'abandon de ce produit. La misère moins grande des populations a complété l'œuvre en affranchissant la France de l'emploi d'une céréale aujourd'hui abandonnée aux animaux. Espérons que la crise viticole et ses misères ne replongera plus le Midi dans ces douleurs. »

Aussi fûmes-nous étonnés de trouver, en 1908 et 1909, avec notre maître le Prof. Rémond (de Metz) et le Dr Chevalier-Lavaure, plusieurs pellagreux à l'Asile d'Auch. Nous fûmes d'autant plus étonnés qu'en 1907, au moment où M. le Prof. Régis écrivit à ce sujet au Dr Chevalier-Lavaure, il n'existait aucun cas de pellagre en activité.

De 1908 à 1910, MM. Chevalier-Lavaure et Monestier, interne de l'Asile, ont pu noter : *a*) trois folies post-pellagreuses ; *b*) un hérédo-pellagreux ; *c*) trois malades devenus pellagreux à l'Asile.

Tous ces malades ont présenté le trépied symtômatique : érythème et desquamation cutanée ; troubles digestifs, diarrhée ; troubles nerveux.

Sur sept malades, quatre étaient des Landes ayant toujours vécu dans les Landes ; un était du Gers ; un autre, enfin, né dans les

(1) Francis le Fero. La pellagre des Landes dans le passé et dans le présent. Thèse Bordeaux 1907.

(2) Dr A. Marie. *La pellagre*, 1908.

Landes, habitait le Gers depuis une dizaine d'années et ne présenta de la pellagre que deux ans avant d'entrer à l'asile.

Voici, résumées par séries, les observations.

A. — FOLIES POST-PELLAGREUSES

Observation I. — D..., femme née à Morcenx, dans les Landes, en 1848. Mariée, cultivatrice, menant une vie très misérable et mangeant du maïs.

Entrée à l'Asile d'Auch en juillet 1909. Au printemps de l'année, à la suite de fatigues considérables et de l'apparition d'une pellagre avec érythème et diarrhée, modifications du caractère : violences sur ses proches, tentatives d'incendie.

A l'Asile on constate : lésions des faces dorsales des mains et des pieds, démangeaisons, érythème par plaques avec, par endroits, des squames; sensation de brûlure stomacale dont se plaint la malade à l'entrée; diarrhée incoercible. La malade, agitée, hallucinée à l'entrée, ne tarde pas à tomber dans un état de prostration complète avec mutisme, sitiophobie, catatonie. Elle meurt quelques jours après son entrée.

Observation II. — D..., né à Baudiets, département des Landes. Entré à l'Asile d'Auch à l'âge de 58 ans. Tailleur. Il habite Bourrouilhan (Gers), depuis dix ans. Présente, depuis environ deux ans de la pellagre à répétitions avec sa triade classique, suivie chaque fois d'hallucinations auditives, d'obnubilation, de craintes imaginaires. Cet état, particulièrement intense au printemps 1908, le fait interner. Il meurt en décembre de la même année de cachexie pellagreuse. Jusqu'à quelques jours avant sa mort il présenta de l'exagération des réflexes tendineux et de la trépidation épileptoïde. Les renseignements ont appris que c'était un alcoolique qui ne mangeait pas du maïs.

Observation III. — G..., homme, 25 ans, né à Arné (Landes); domicilié à Lugan. Entré à l'Asile d'Auch le 27 novembre 1909.

A l'entrée : érythème pellagreux classique avec desquamation et, sous cette desquamation, peau en pelure d'oignon; diarrhée, adénite bacillaire à l'angle de la mâchoire, sommet droit induré. Teint terreux; apathie, perte des sentiments, négativisme, dépression habituelle; démence précoce avec réflexe petellaire exagéré, plantaire diminué, crémasterien, abdominal normaux, brachycéphale, oreilles à lobule adhérent.

Pas de trace de pellagre dans les antécédents héréditaires. N'a jamais mangé de maïs. Actuellement, cicatrices de pellagre. Etat psychique identique.

Ainsi donc nous trouvons sur ces trois cas: un cas où le maïs peut être mis en cause. Dans les deux autres nous avons un alcoolique et un dégénéré.

L'érythème et la diarrhée existent. Les troubles nerveux sont variables: dans deux cas exagération des réflexes tendineux. Quant

aux troubles psychiques, nous voyons deux confusions mentales, forme la plus fréquente d'après le Prof. Régis, et une démence précoce.

B. — HEREDO-PELLAGRE

Observation. — Q..., 56 ans, né à Parentis en Born (Landes), cultivateur, célibataire, entre en décembre 1907 à l'Asile d'Auch.

Antécédents héréditaires : père et mère morts d'affections pulmonaires. Mère pellagreuse. Un oncle maternel pellagreux. Un frère bien portant.

Antécédents personnels : croup ; a fait son service militaire ; vie assez misérable. N'a jamais mangé du maïs. Pellagre il y a une quinzaine d'années.

En octobre 1907, premiers symptômes de délire mélancolique avec insomnies, hallucinations de l'ouïe, tentatives de suicide (se jette dans une rivière), confusion des idées.

Interné en décembre 1907, il présente à l'Asile un mélange d'idées mystiques et d'idées de persécution avec craintes imaginaires. Cet état s'améliore, mais la dépression recommence chaque fois d'apparaît une période de diarrhée, diarrhée toujours accompagnée de l'apparition d'un érythème pellagroïde.

Etat de dépression particulièrement prononcé en juillet 1908 : accès de mysticisme et de délire des persécutions, hallucinations terrifiantes. L... se bat la nuit avec le diable. Troubles de la cénesthésie ; flammes qui le brûlent, sensations de brûlure, picotement, fourmillement. Nouvelle amélioration bientôt suivie de rechute en septembre 1908. Diarrhée intense, affaiblissement général, pellagre.

Examen physique. — Mésaticéphale. Légère asymétrie de la face. Tubercules de Darwin. Dentition très mauvaise. Muqueuse buccale et liguale rouge ,excoriée, ptyalisme.

Tout jeune, il vit ses dents se carier très rapidement, puis tomber. A trente ans, il ne lui restait plus que quelques chicots (Agostini). Palais ogival ; corps thyroïde normal ; cou amaigri ; poumons indurés aux sommets. Cœur : souffle systolique au foyer aortique ; foie, rate, organes génitaux semblent normaux. Les membres supérieurs et inférieurs présentent, à la face dorsale des mains et des pieds, une peau rougeâtre, luisante formant une plaque assez étendue qu'entoure un épiderme fendillé et squameux. Sphincters continents. Thermométrie normale. Pouls en trachée d'oiseau. Sensibilité normale. Système musculaire atrophié, suivant le type Leyden-Mœbius. Parésie. Asthénie générale. Face figée dans une expression d'immense tristesse. Facies jauni, lèvres fendillées, cheveux peu abondants, secs ; nombreuses rides sur le front. C'est au grand complet le tableau de l'hérédo-pellagreux de Sacchi.

Examen psychique. — Insomnies. Hallucinations nocturnes. Délire onirique. Tentatives de suicide, probablement d'origine hallucinatoire avant son entrée. Son intellectualité présente un affaiblissement global, une sorte d'asthénie que l'on peut mettre en parallèle avec son asthénie musculaire. Mélancolie avec troubles cénesthopathiques. Sentiments affectifs et sentiments éthiques normaux.

En résumé, confusion mentale hallucinatoire comme le soutient le Prof. Régis, avec dépression de cause toxique.

C. — ALIENES DEVENUS PELLAGREUX

Observation I. — C..., homme né à Nassiet (Landes), 60 ans. Cultivateur. Entre en juin 1904 pour impulsions violentes de nature épileptique. Mort en mai 1908, en état de démence. Au cours de cet état de marasme, apparition d'un érythème pellagreux sur les mains et le visage, avec diarrhée intense, excoriation de la muqueuse linguale.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus.

Observation II. — D..., né à Morcens. Entre à l'Asile en novembre 1905, à l'âge de 40 ans avec un certificat médical qui porte le diagnostic de délire alcoolique ; s'est livré à des voies de fait sur ses proches. Confusion mentale extrême, avec, par intervalles, dépression extrême, des idées de jalousie, des inquiétudes, des hallucinations pénibles, terrifiantes de l'ouïe et de la vue. Tremblement caractéristique.

Sur ses derniers jours, vomissements, diarrhée, langue pelée, rouge, face érythémateuse, érythème avec zone desquamatrice à la face dorsale des mains et des pieds. Mort le 7 septembre 1909.

Observation III. — B..., 25 ans à l'entrée à l'Asile, né à Jegun (Gers). Pas d'antécédents pellagreux.

Entré en août 1898 avec un certificat médical ainsi conçu : Mélancolie hypochondriaque, hallucinations mal définies des différents sens, liées à des idées de persécution ; ressent des douleurs lancinantes dans les diverses parties de son corps et les attribue à des jeunes femmes qu'il connaît bien, mais dont il ne peut dire le nom. A, au préalable, manifesté des idées plus ou moins érotiques et harcelait une femme de ses propos galants et même de ses exhibitions.

A l'asile, démence précoce avec attitudes maniérées ; ilpulsions, perte complète des sentiments affectifs, alternatives de dépression et d'agitation intense, verbigération, violences parfois, cris, chant.

Stéréotypies, écholalie, accès catatoniques, négativisme intermittent. En 1900, en janvier, quelques troubles intestinaux apparaissent. A la suite d'une période d'agitation au cours de laquelle le malade refusait de prendre la nourriture qu'on lui donnait et mangeait toutes les saletés qu'il pouvait rencontrer (matières fécales, débris de toutes sortes).

Les mêmes phénomènes se reproduisirent en septembre après une courte période d'accalmie, s'accompagnant d'un état cachectique très marqué, d'œdème, de conjonctivite et d'un érythème que les registres ne précisent pas.

Ce mauvais état gastro-intestinal s'est manifesté depuis lors à plusieurs reprises, moins intense, et l'érythème n'est pas alors signalé.

En septembre 1909, toujours les mêmes raisons (coprophagie), diarrhée intense, œdèmes et apparition d'un érythème à la face dorsale des mains, peau en pelure d'oignon et, autour, une zone de larges et fines squames. Exagération de l'état de dépression. Le diagnostic de pellagre est porté.

L'état général s'améliore sous l'influence d'un régime de désintoxication et l'érythème disparaît. Actuellement notre malade, relativement calme et se nourrissant bien, ne présente que la cicatrisation fine de cet érythème et un excellent état intestinal.

Etat physique. — Sous-brachycéphale de Broca, indice céphalique 82.5. Légère asymétrie faciale, dents normales, palais ogival. Pas de signe du sourcil. Corps thyroïde semble normal. Organes digestifs normaux, léger subictère. Verge en massue. Implantation féminine des poils du pubis, grosse tache de vitiligo sur le pubis, vitiligo à l'avant-bras. A la face dorsale des mains, cicatrisation fine de l'ancien érythème pellagreux. Membres inférieurs : gros orteils nettement hippocratiques, sensibilité, organes des sens normaux.

Réflectivité : exagération des réflexes tendineux ; suppression des cutanés ; pharyngien existe ; force musculaire diminuée. Parole : dysphasie par maniérisme ; facies figé dans une expression d'immense tristesse.

Examen psychique. — Instinct de conservation conservé. A présenté il y a quelques années, au moment de troubles digestifs, quelques idées de suicide par l'eau. Aujourd'hui il semble peureux ; s'effraie en nous voyant poser la main sur ses yeux.

Erotique avant d'entrer à l'asile, se masturbe, demande à ses camarades d'asile d'exhiber leur verge. Cette vue et un attouchement sommaire lui suffisent. Dans ses hallucinations, il voit « des petites » ; gestes stéréotypés ; salutations. A la manie de courir dans la cour et de mettre son doigt dans les trous qu'il rencontre. Echolalie ; phénomènes de persévération de Neisser ; retard des réactions psychiques.

Mémoire très diminuée ; se rappelle à peine son lieu de naissance, et a oublié les principaux événements de la vie. Idées de négation. Impulsions: il gifle souvent ses camarades « parce qu'ils le regardent ». Aboulie complète. Affectivité nulle. Sentiments éthiques nuls.

Des trois aliénés devenus pellagreux à l'Asile, deux étaient donc des cachectiques, affaiblis dans leurs organes, le deuxième ayant de plus un alcoolisme manifeste qui, d'après certains auteurs, joue un rôle dans l'apparition de la pellagre. Dans ces deux cas, la pellagre apparut peu avant la mort et ne fit que la hâter. Le troisième malade, dément précoce, a eu, avant l'éclosion de sa pellagre, de la stercophagie qui, évidemment, a été une des causes de l'intoxication — ou de l'infection — dont la pellagre est une conséquence. Nous verrons ce facteur « stercophagie » dans plusieurs des observations que nous avons encore à donner.

Nous sommes autorisés à considérer ces malades comme des pellagreux secondaires car rien ne peut faire supposer qu'ils avaient eu déjà des phénomènes pellagreux et cette maladie n'est survenue chez eux qu'après plusieurs années d'internement. Entré en 1904, le premier ne fut atteint qu'en 1908. Placé à l'Asile en 1905, le deuxième présenta des manifestations cutanées et intestinales en décembre 1909. Enfin il s'écoula onze ans entre la mise en observation du troisième et l'apparition de sa pellagre.

Voici donc dans l'espace de trois ans sept cas de pellagre réunis par MM. Chevalier-Lavaure et Monestier à l'Asile d'Auch, sur des aliénés venus non seulement des Landes, mais encore du Gers. Le Dr Chevalier-Lavaure ne croit à l'action du maïs que dans deux des cas cités. Quant aux autres cas il est de l'avis de la plupart des médecins landais, du Prof. Régis et de son élève Françis Le Fers, que la pellagre est avant tout une maladie de misère. La plupart des malades (et nos sept observations le montrent encore), sont des miséreux. Nous avons eu affaire dans ceux que nous venons de vous communiquer, soit à des malheureux mal nourris, soit à des cachectiques, soit à un dément précoce tuberculeux et stercophage. Nous ne croyons pas qu'un poison spécifique soit nécessaire pour créer des troubles gastro-intestinaux et cutanés pellagreux. Evidemment, le maïs (et c'est le grand mérite des Italiens, Lombroso en tête, et Théophile Roussel de l'avoir montré), a la plus grosse influence, qu'il donne lui-même le poison ou ne serve qu'à le porter, mais un apport de toxines alimentaires autres que les toxines du maïs dans un organisme affaibli peut suffire et nous inclinerons encore davantage vers cette croyance après avoir vu les malades de Saint-Lizier chez la plupart desquels le Dr Malfilâtre a constaté de la stercophagie.

Nous pouvons d'ailleurs nous demander, comme le fit jadis Billod, si l'aliénation mentale ne facilite pas l'application des troubles cutanés à la suite d'une intoxication se traduisant par des troubles digestifs, dont la diarrhée. Le peau est, somme toute, une vaste surface nerveuse étalée et, à côté des troubles trophiques si nombreux dans les maladies mentales, ne cite-t-on pas, pour mieux prouver ces relations du système nerveux et des téguments, des cas d'amélioration et même de disparition de troubles mentaux à la suite d'éruptions cutanées. Quoi d'étonnant à ce que, jouant le rôle de vicaire du rein, elle ne soit beaucoup plus sensible à l'irritation des produits toxiques excrétés par ses glandes dans les affections du système nerveux central.

D'ailleurs, nous trouvons à ce sujet dans la thèse de Le Fers, p. 120, une lettre intéressante du Dr Calixte Rougé, directeur de l'Asile de Limoux, faisant en outre de la clientèle dans ce pays depuis 1862. Le Dr Rougé a vu des pellagreux à l'Asile mais jamais en dehors de l'Asile et ce sera ce que nous dira encore le Dr Malfilâtre, directeur de l'Asile de Saint-Lizier (Ariège), a propos des treize observations d'aliénés pellagreux qu'il a recueillies .

L'asile de Saint-Lizier, en effet, qui reçoit des malades du département de l'Ariège et les aliénés évacués de la Seine, présente assez souvent la pellagre dans la statistique des décès : en 1899, un cas ; en 1902, un cas ; en 1906, quatre cas mortels au sujet desquels nous trouvons dans le rapport annuel ces réflexions du Dr Malfiliâtre :

« Il y a quatre décès occasionnés par la pellagre. Cette affection plutôt rare en France, tandis qu'elle est commune en Italie; ne reconnaît pas évidemment comme cause exclusive, comme certains cliniciens l'osaient affirmer l'usage du maïs; ce produit ne figure pas dans l'alimentation de nos malades. Alors que chaque année nous observons quelques cas, mais habituellement légers, la pellagre fut chez nous, en 1906, particulièrement grave. Deux des cas qui succombèrent furent emportés par une rechute après une pseudo-guérison de quelques semaines. »

Cette année-là, le Dr Malfilâtre fit analyser la farine de froment qui servait à l'alimentation de ces malades; le laboratoire de Toulouse constata qu'elle n'était pas fraudée par l'adjonction de farine de maïs. En 1908, il y eut trois cas; en 1909, trois cas; en 1910, il existe un cas.

A. *Pays d'originé: étiologie probable.* — Aucun de ces malades n'appartient à une région considérée comme pellagreuse. Il a y quatre parisiens, huit ariégeois, un haut-garonnais qui habita plusieurs années la Seine-et-Oise avant d'être interné. Aucun de ces malades ne mangeait du maïs; nous avons dit avec quel soin le Dr Malfilâtre avait tenu à s'assurer de ce fait puisqu'il fit analyser la farine de froment qui servait à l'alimentation de l'asile. Nous n'avons dans aucun cas vu des antécédents hérédo-pellagreux. En revanche, *misère et intoxications,* telle paraît être la formule étiologique: deux cas d'alcoolisme; un cas de tœnia avec stercophagie et tous les autres cas, *stercophagie.*

Nous insistons tout particulièrement sur cette stercophagie qui à notre avis joue ici un rôle considérable.

B. *Symptomatologie.* — Dans tous les cas nous avons eu affaire au trépied pellagreux classique avec desquamation linguale. Dans deux observations il y eut des troubles oculaires: dans l'une mydriase et abolition des réflexes pupillaires, dans l'autre amaurose. Un malade présenta du scorbut.

C. *Maladies surajoutées.* — Deux épilepsies, l'une ante pellagreuse, l'autre post-pellagreuse. Une tuberculose pulmonaire.

D. *Troubles nerveux.* — Une paraplégie avec abolition des réflexes. Trois avec sensations de fourmillements et de chaleur. Une exagération des réflexes tendineux.

E. *Troubles mentaux.* — Tous nos malades sont ici des aliénés devenus pellagreux plus ou moins de temps après leur entrée à l'Asile. L'aliénation peut ici d'autant plus être considérée comme facilitant la pellagre que le docteur Malfilâtre qui soigne la population civile de Saint-Lizier, n'a jamais constaté un cas de pellagre en dehors de l'Asile.

Suivant l'opinion du Prof. Régis, ici encore la confusion mentale prédomine. Nous trouvons en effet: cinq confusions mentales

dont une avec stupeur; deux mélancolies; une manie; une folie circulaire; deux idioties; une débilité mentale; une démence épileptique.

Voici les observations détaillées recueillies par nous dans le registre de la loi et les notes personnelles du Dr Malfilatre, grâce à l'amabilité de ce dernier et de son interne M. Piquemal:

1899

OBSERVATION. — Confusion mentale; paraplégie; tœnia. — R..., né à Paris en 1863. Entré à Ville-Evrard en 1883, transféré à Saint-Lizier le 21 avril 1885 avec le diagnostic de débilité mentale. Pas d'antécédents pellagreux. En 1885, diarrhée cholériforme; crises d'excitation.

En 1890, niaiserie, angines à répétition, fièvre et céphalalgies, affaiblissement général; troubles gastro-intestinaux fréquents; sommets suspects.

En 1891, affection scorbutique; taches de purpura hémorragique; tuméfaction considérable des gencives d'abord, des joues ensuite; difficulté considérable pour manger. Cet état dure de janvier à septembre et s'accompagne d'érythème pellagreux et de dépression psychique considérable. L'état s'améliore jusqu'en 1894. Confusion mentale avec hallucinations visuelles et auditives, contre lesquelles il réagit si violemment (bris d'objets) qu'il est nécessaire de le placer au quartier des agités.

A partir de juin 1895, le calme revient. L'état de confusion réapparaît en avril 1899, cette fois avec stercophagie et bientôt après érythème pellagroïde des mains et des pieds, langue rouge, desquamative, diarrhée intense. Paraplégie avec abolition des réflexes tendineux. Tœnia.

Traitement par l'extrait éthéré de fougère mâle. Immédiatement amélioration des troubles intestinaux et de l'état cachectique; cicatrisation de l'érythème pellagreux. Plus lentement la paraplégie disparaît, les réflexes reviennent; le malade retrouve le calme. Cet état persiste jusqu'en 1907, époque à laquelle le malade est transféré à Ainay-le-Château.

1902

OBSERVATION. — Mélancolie. — P..., Suzanne, née en 1860 à Paris, transférée de Vaucluse en 1900 avec un certificat ainsi conçu : dépression mélancolique, quelques idées confuses de persécution, craintes imaginaires, sitiophobie intermittente.

Cet état semble s'améliorer. En 1901 elle travaille à la lingerie.

Cependant, vers la fin de l'année, période de dépression, stupeur, sitiophobie et stercophagie, puis érythème pellagreux, diarrhée; sensations de brûlures, fourmillements à l'extrémité de ses mains. L'état cachectique va s'accentuant. Mort le 1er janvier 1903.

1906

OBSERVATION I. — *Dégénéré impulsif.* — P..., né le 14 février 1868 à Septfonds (Haute-Garonne), habitant la Seine-et-Oise, transféré de Vaucluse en 1905. Pas d'antécédents pellagreux. Dégénéré; absence totale

de sens moral; impulsivité; violences sur son entourage; coprophagie et en mai 1906 pellagre avec érythème sur face dorsale des mains et des pieds; diarrhée fétide; dépression, langue rouge et desquamative. Cet état dure jusqu'en août, époque à laquelle il s'améliore pour retomber, toujours à la suite d'excès de coprophagie, dans un état de cachexie profonde; en octobre, avec un nouvel érythème, diarrhée, gâtisme, œdème généralisé. Mort le 5 décembre.

Observation II. — *Folie circulaire.* — R..., né en 1867 à Soulax (Ariège). Certificat d'entrée : agitation maniaque. Entre le 4 janvier 1903. L'état maniaque dure jusqu'en juillet. A ce moment, période de calme qui permet de l'employer à l'atelier des tailleurs. Sortie provisoire le 31 août.

Rentre volontairement en novembre : phase d'agitation maniaque jusqu'en février. Nouvelle période de calme jusqu'en mai. A ce moment légère crise d'agitation qui disparaît sous l'influence d'un purgatif. Nouveau séjour dans sa famille.

Rentre en décembre, en état de dépression mélancolique qui va s'atténuant jusqu'en août 1906. A cette époque, nouvelle sortie provisoire qui ne dure que quatre jours.

Agitation maniaque très violente. Boulimie, stercophagie, qui, au mois d'octobre, se complique de diarrhée abondante et fétide, d'œdèmes généralisés, d'érythème pellagreux, langue rouge. Etat cachectique sous l'influence duquel dépression profonde.

Légère amélioration à la fin de novembre, mais très légère. La boulimie reparaît bientôt et le malade meurt étouffé par un volumineux bol alimentaire le 5 décembre 1906.

Observation III. — Idiot. — J..., né en 1876 à Varilhe (Ariège). Entre en mars 1904. Microcéphale; gâteux; hallucinations. Coprophagie avec apparition d'érythème pellagreux; fourmillements; sensation de chaleur aux extrémités; exagération des réflexes tendineux; diarrhée fétide; œdèmes généralisés. Mort en avril 1906. Cachexie pellagreuse.

Observation IV. — *Mélancolie chronique.* — J. De M..., polytechnicien, né à Paris en 1859. Pas d'antécédents pellagreux. Transféré de Ville-Evrard en 1903.

Dépression mélancolique; idées d'auto-accusation; sitiophobie. Refuse de manger la nourriture qu'on lui offre et se gave de matières fécales. En mai 1904, syndrome pellagreux au grand complet, qui s'atténue par instants. Etat cachectique très avancé en 1906. Meurt au mois d'octobre de cette année.

1908

Observation. — H..., né à Varille (Ariège). Douze ans à l'entrée en octobre 1897.

« Dangereux pour son entourage. S'est livré à des violences sur les siens » dit le certificat d'entrée. Idiotie, langage rudimentaire, impulsions.

En avril 1908, refus de s'alimenter ; stercophagie ; syndrome pellagreux avec diarrhée ; son érythème, sa langue rouge et desquamative. Mort en état de profonde cachexie en juillet 1908.

Observation II. — *Confusion mentale.* — B..., né à Larnat (Ariège). Agé de 28 ans à l'entrée en juillet 1906.

Dégénéré, vagabond, incohérence des actes, alcoolisme, crises d'érotomanie, violence, hérédité ; mère internée, atteinte de pellagre. A l'Asile, crises d'agitation, sitiophobie, stercophagie ; érythème pellagreux, diarrhée, langue rouge, état de confusion mentale hallucinatoire (hallucinations de la vue et de l'ouïe). Mort en état de cachexie pellagreuse en novembre 1908.

Observation III. — *Démence épileptique.* — G..., née à Ganac (Ariège), en 1865. Entrée en 1904 avec le diagnostic de folie épileptique.

Etat démentiel ; mémoire à peu près nulle de sa vie passée, de son nom, de son âge. Peu de crises, mais impulsions violentes fréquentes.

En février 1905, boulimie suivie de pellagre avec syndrome complet.

L'état démentiel semble s'atténuer. Amélioration au bout de deux mois. Nouvelle crise de pellagre à la suite de boulimie et coprophagie en octobre 1907. Au cours de cette seconde crise de pellagre, nous avons constaté de la mydriase avec abolition des réflexes iriens à l'accommodation et à la lumière.

1909

Observation I. — *Confusion mentale.* — V..., 46 ans, né à Bonac (Ariège). Pas d'antécédent pellagreux. Entrée en 1907. Quelques idées de persécution. Confusion mentale avec hallucinations de la vue et de l'aoïe. Cet état s'atténue et à la suite apparaissent des interprétations délirantes.

En avril 1908, sitiophobie et stercophagie. Pellagre ; confusion mentale. Cet état dure en s'accentuant jusqu'en janvier 1909. Mort en état de cachexie pellagreuse.

Observation II. — *Confusion mentale.* — R..., né à Port (Ariège) en 1878. Entré en 1908. Confusion mentale hallucinatoire à la suite d'excès de toutes sortes. Boulimie, stercophagie, qui se compliquent en mars 1909 du syndrome pellagreux et d'amaurose. Meurt à la fin du mois d'avril à la suite d'une crise épileptiforme.

A noter que le malade n'avait jamais présenté d'accidents épileptiques avant cette crise épileptiforme.

Observation III. — *Alcoolisme. Confusion mentale.* — L..., né à Paris en 1855. Entré à Ville-Evrard en 1884, transféré à Saint-Lizier en 1894. Manie chronique alcoolique. Au début de 1909, boulimie, pelagre.

En ce moment le malade, toujours confus, ne présente pas de troubles intestinaux et son érythème pellagreux est parfaitement cicatrisé. Se plaint, par intervalle, de sensations de chaleur et de fourmillements, phénomènes surtout intenses au moment de l'érythème pellagreux.

1910

Observation. — O. C..., 59 ans, née à Saint-Lary (Ariège). Entrée en décembre 1908. *Confusion mentale,* hallucinations, phases de mutisme et de stupeur.

Refuse de manger ce qu'on lui donne, mais en revanche stercophagie. En janvier 1910, érythème pellagreux, diarrhée, amaigrissement. Cet état légèrement atténué, dure encore.

M. le Dr Malfilâtre nous a adressé l'intéressante lettre suivante :

« Mon cher Confrère,

» Vous avez bien voulu me demander quelques renseignements sur les pellagreux que j'ai eu l'occasion d'observer à l'Asile de Saint-Lizier depuis mon arrivée en 1896.

» Ils sont au nombre de treize, me paraissant des plus authentiques, ayant pris le soin d'éliminer les cas où il pouvait s'agir d'un érythème solaire, pour ne retenir que ceux où les troubles cutanés avec taches télangiectasiques, épaississement de la peau par places, siège fréquent au visage, s'accompagnaient pour le moins de diarrhée, parfois de paralysie souvent de sitiophobie ; aucun de nos malades n'est entré avec la pellagre ni n'a présenté cette affection au début de son hospitalisation. Aucun non plus n'avait des antécédents d'hérédo-pellagre. Cinq sur treize appartenaient au département de la Seine et avaient été transférés d'un des asiles de ce département. Les huit autres venaient de l'Ariège et appartenaient à des régions où la pellagre n'a jamais été signalée. Aucun ne paraissait avoir consommé du maïs autrement qu'à de très rares moments, et jamais exclusivement, quand, selon la coutume du Midi, on tue le cochon et qu'on fabrique le « millat » que l'on consomme pendant quelques jours comme dessert. Même selon toute vraisemblance nos cinq malades de la Seine n'avaient jamais consommé de ce mets.

» A la suite de nos quatre décès de 1906, nous fîmes analyser notre farine de minot vendue comme du pur froment, mais qui aurait pu être adultérée. Le laboratoire de Toulouse nous affirma qu'elle ne contenait pas de traces de maïs.

» La pellagre ne paraît avoir spécialement frappé aucune forme de folie : nous trouvons, en effet, parmi nos pellagreux l'idiotie, la confusion mentale, la manie, la folie circulaire, la mélancolie, l'épilepsie avec cependant prédominance de la confusion mentale.

» L'apparition de la pellagre ne modifia pas sensiblement les troubles psychiques. De ce que nous venons de dire, il résulte que nous n'avons jamais observé de folie pellagreuse, mais que nos cas de pellagre se sont toujours montrés chez des aliénés et que les conditions qui ont paru présider à l'éclosion de cette affaire sont : 1° la

boulimie, associée le plus souvent sinon à la stercophagie, du moins à l'habitude de manger toutes sortes de choses, ayant traîné n'importe où ; 2° la période ou cachectique ou tout au moins précachectique.

» Veuillez agréer, etc... »

Enfin, notre maître, le Prof. Rémond (de Metz), qui a vu plusieurs de nos malades et sous l'inspiration duquel nous avons fait ce travail, nous a donné la note suivante :

« Les observations recueillies à Saint-Lizier et à Auch viennent montrer combien prématurées étaient les affirmations de M. le Dr A. Marie qui disait en 1908 que l'enquête de Régis à Bordeaux et de Mairet à Montpellier démontrait que la pellagre avait vécu (A. Marie : *La Pellagre*, p. 232). L'intoxication par le maïs ne peut être invoquée que dans deux cas sur vingt, les autres n'en présentent ni chez eux, ni chez leurs descendants. En revanche, on relève chez tous des phénomènes pathologiques au niveau du tube digestif parmi lesquels les causes et les symptômes des fermentations toxiques sont les plus importantes. La stercophagie, la gloutonnerie, la sitiophobie, un état saburral des voies digestives constituent les symptômes les plus constants. D'ailleurs la forme mentale est des plus variables avec, cependant, comme le dit Régis, prédominance de confusion mentale.

» A côté de la pellagre d'origine zéique, à côté de l'hérédo-pellagre, il y a donc place pour un syndrome pellagroïde dû a une forme de botulisme différente comme cause de celle que produit le maïs, mais analogue comme effet. On sait que le bactérium maïdis, le penicillum, l'oïdium lactis sont les causes de la décomposition du grain et, comme le premier de ces agents est entièrement voisin du bactérium coli (s'il ne lui est pas identique) il lui semble logique de penser que l'élaboration intestinale de substances toxiques, analogues à celles que ce germe produit sur le maïs, détermine des phénomènes généraux et cutanés analogues. Mais alors la question se pose si la réaction à forme pellagreuse n'est pas facilitée à son tour par le désordre mental préexistant. Elle prendrait alors la valeur d'un trouble trophique. »

Nos conclusions seront donc que les pellagres doivent être encore recherchées dans certains asiles. Si, avec l'école française, nous acceptons la définition de Gintrac pour qui la maladie est caractérisée par trois ordres de symptômes : *a*) érythème squameux borné aux parties les plus exposées à l'action de la chaleur et de la lumière ; *b*) phlegmasie chronique des voies digestives, dont l'indice le plus ordinaire est une diarrhée opiniâtre ; *c*) avec lésion plus ou moins grave du système nerveux aboutissant parfois à l'aliénation mentale et à la paralysie ; si, surtout nous disons avec Cormao (1)

(1) Cormao. Thèse de Paris 1901-1902.

qu' « il est notamment irrationnel de vouloir retirer à la pellagre tous les cas où les troubles mentaux sont primitifs », nous avons affaire à de la *pellagre* proprement dite.

Si, au contraire, nous suivons les auteurs ultramontains pour qui apparaît d'abord la lésion cutanée, ensuite le trouble digestif, enfin la psychose, nous dirons *syndrome pellagroïde*. C'est plutôt à ce diagnostic que nous nous arrêterons avec notre maître, le Prof. Rémond (de Metz).

Discussion

M. REGIS. — Je désire souligner l'intérêt de la communication de MM. Voivenel et Fontaine. Elle établit tout d'abord que si, comme nous l'avons montré avec notre élève Le Fers, la pellagre est devenue, en France, beaucoup moins fréquente qu'autrefois, on l'y retrouve encore, notamment dans certains asiles d'aliénés, où il importe, par suite, de la rechercher soigneusement.

Elle démontre en outre — et nous avons également insisté sur ce point — que tout en étant susceptible de s'accompagner des troubles psychiques les plus divers, la pellagre donne surtout lieu à de la confusion mentale sous toutes ses formes, c'est-à-dire au type même des psychoses toxiques.

A propos de quelques observations de maladie de Maurice Raynaud: Essai d'une pathogénie nouvelle

par les D[rs] VOIVENEL (de Toulouse) et L. FONTAINE (d'Auch)

Maurice Raynaud (1), en 1862, dans sa thèse inaugurale, décrivit une gangrène spontanée des extrémités, symétrique et souvent intermittente, due à une contracture des artérioles provoquée, d'après lui, par une crampe tétanique du grand sympathique et à point de départ probablement médullaire qui expliquerait la symétrie des lésions. Cette gangrène était surtout caractérisée par un élément vasculaire actif.

On crut à une maladie nouvelle, malgré Raynaud lui-même, et on lui donna le nom du clinicien. Malheureusement, le temps mutile même les plus belles entités médicales.

La maladie de Maurice Raynaud, si nette, si suggestive, d'avoir trop grandi, a perdu sa claire simplicité: étiologie, pathogénie, description, tout fut et est encore discuté.

C'est, par exemple, l'importance de l'asphyxie locale qui permet

---

(1) In thèse Paris.

de se demander si réellement il faut invoquer un élément spasmodique : ce sont aussi les observations de Gowers (1), Hochenegg (2), Wiglesworth (3), Coupland (4), Bramann (5), montrant le rôle des *lésions nerveuses*. Ce sont encore les travaux de Friedlander (6), d'Arnozan (7), de Courchet (8), de Goldsmith, (9), de Barlove (10), de Barabau et Etienne (1), de Gould, de Dutil et Lamy, de Garrigues, affirmant l'action dė *l'inflammation artérielle* aboutissant souvent à l'endartérite oblitérante. C'est la multiplicité des causes invoquées : *paludisme* pour Calmette et Mourson (12), *syphilis* pour Morgan (13), *arthritisme*, trouble généraux *infectieux* ou *toxiques* pour Aune (14), Potain (15), Raymond (16), Marcel See (17), Grasset (18), Chauffard (19). C'est la preuve de la coexistence fréquente avec la *sclérodermie* (Collin [20]), Hutchinson (21), Chauffard (22), Favier (23), l'affirmation que la maladie de Raynaud et sclérodermie font partie du même processus (Grasset [24]), Moutrier (25), Touchard (26). Ainsi de « maladie » au début, la gangrène symétrique des extrémités est

---

(1) GOWERS. Syphilis et système nerveux. Berlin 1893.

(2) HOCHENEGG. (*Med. Jahrb. Wienn*, 1885.)

(3) WIGLESWORTH. (*British Med. Journal*, 1887.)

(4) COUPLAND. (*The Lancet*, 1887.)

(5) BRAMANN. Congres d. deutsch Gesselsschaft f. Chirurgie, Berlin 1889. Voir encore Kornfeld (*Wien med. Presse*, 1892) ; Pitres (*Bull. de la Société Anatomique*, 1894) ; *Archives de Neurologie*, 1893 et 1895 ; Dutil et Lamy (*Arch. méd. expérimentale*, 1893).

(6) FRIEDLANDER. (*Centralblat f. die Med. Wissensch*, 1898.)

(7) ARNOZAN. Th. d'agrégat. 1880. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1887.)

(8) Th. Lyon 1886.

(9) GOLDSCHMIDT. Th. Berlin 1887.

(10) BARLOVE. Transact. clinic. Society, London 1882-83. Selects monograph of Sydenham Society, London 188. (*Illustrated med. News*, 1889.)

(11) BARABAN et ETIENNE. (*Revue méd. de l'Est*, 1887-79.

(12) CALMETTE. (*Gaz. méd.*, 1876) ; Revue de Hagem, 1877 ; Moursov (*Arch. de méd. navale*, 1880).

(13) MORGAU. (*Lancet*, 1889.)

(14) AUNE. Thèse de Lyon 1890.

(15) POTAIN. (*Sem. méd.*, 1887 ; *Journal de Méd. et de Chirurgie*, 1897.)

(16) RAYMOND. (*Arch. de Méd.*, 1874.)

(17) *Pratique dermatologique*, 1900.

(18) GRASSET. (*Montpellier méd.*, 1878) ; *Traité pratique des maladies du système nerveux*. Paris, 1886.)

(19) CHAUFFARD. Th. d'agrégation, 1886. (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 1876.)

(20) COLLIN. Th. Paris, 1886.

(21) HUTCHINSON. (*Arch. of surgery*, London 1889.)

(22) CHAUFFARD. *Loc. citat.*

(23) FAVIER. Th. Paris 1880.

(24) GRASSET. *Loc. cit.*

(25) Thèse Paris 1910.

(26) Thèse Paris 1906.

tombée au rang de *syndrome,* la symétrie et l'intermittence pouvant d'ailleurs faire défaut.

Tout le monde connaît les théories *nerveuse, vasculaire, toxique, infectieuse,* invoquées pour expliquer les phénomènes, asphyxiques ou syncopaux des extrémités.

Nous tenons à insister particulièrement sur l'identité d'origine du syndrome de Raynaud et de la sclérodermie.

« L'asphyxie locale, écrit le professeur Grasset, et la sclérodermie ne sont que des syndromes successifs ou simultanés chez un même sujet, d'un même état morbide ».

Moutrier, dans une thèse récente (1910), inspirée par Chauffard, conclut : Il y a une succession fréquente du syndrome de Raynaud et de la sclérodermie ; ces deux syndromes se succèdent, s'intriquent intimement. Alors que l'évolution sclérodermique est manifeste, indiscutable, il est possible d'assister à des crises paroxystiques d'asphyxie locale. »

Grasset dit encore : « Ma conclusion générale sera la confirmation absolue de cette loi clinique d'après laquelle l'asphyxie locale et la sclérodermie ne sont que les syndromes successifs ou simultanés chez un même sujet, d'un même état morbide résultant d'un infection ou d'une intoxication qui agissent sur la peau par l'intermédiaire des vaisseaux et surtout du système nerveux. »

Or l'influence des altérations des glandes à sécrétion interne sur la sclérodermie a déjà été invoquée depuis longtemps. Leube, en 1875 attirait l'attention sur les rapport de la sclérodermie avec la *maladie de Basedow.* Balser (1), Jeanselme (2), Singer (3), Book et Sachs (4), Gunfeld (5), Raymond (6), Lancereaux (7), ont constaté à leur tour ces mêmes rapports. Les relations de la sclérodermie et du corps *pituitaire* ont été signalées par Strumpell (8), Lafond (9), dans sa thèse. Roux (10), cité par Touchard et qui, dans un cas de sclérodermie trouva une suffusion sanguine de l'hypophyse. Les *surrénales* peuvent aussi jouer un rôle comme l'ont

---

(1) BALSER. In th. Bouttier 1888.
(2) HANSELME. Ass. franç. pour av. des sciences col., 1894.
(3) SINGER. Club méd. de Vienne.
(4) BOAK et SACHS. Ac. de New-York.
(5) *Wiener med. Centralblatt*, 1896.
(6) *Sem. méd.*, 1897.
(7) LANCEREAUX. Ac. de Méd., 1899.
(8) STRUMPELL. Ein Beitrag zur pathol. und anatomie der acromegalie. (*Deutsche Zeitschrift für nervenheilkunden*, t. 1, 3.)
(9) Th. Lyon 1902.
(10) *Revue Neurol.*, 1902.

établi les travaux de Rosbach (1), Schultz (2), Nothnagel (3), Eulenbourg, Guttmann.

Le testicule, enfin.

M. le professeur Besnoit de l'Ecole vétérinaire de Toulouse, qui a bien voulu s'intéresser à notre travail et qui, dans sa longue pratique, a eu l'occasion d'examiner de nombreux cas de sclérodermie du porc, sclérodermie dont les caractères histologiques sont les mêmes que chez l'homme. nous a communiqué une note parue dans le *Répertoire d'Alfort,* à la suite d'un article de Basset, d'après laquelle Thierry aurait constaté dans deux cas l'arrêt de la sclérodermie par la *castration.* L'un de nous a déjà présenté au Congrès avec le D[r] Chevalier-Lavaure un cas de nanisme mitral d'origine pluriglandulaire avec sclérodermie.

Cette observation est très intéressante par ce fait qu'on y trouve de l'asphyxie symétrique des extrémités, suivie de sclérodermie et des altérations des diverses glandes à sécrétion interne.

Nous sommes donc amenés naturellement à nous demander si le syndrome de Raynaud ne ressortit pas souvent à des lésions uni- ou pluriglandulaires et si l'existence de ces lésions n'explique pas la parenté clinique de ce syndrome et de la sclérodermie.

Touchard, dans sa thèse (Paris 1906), ne fait qu'effleurer la question. Cependant, nous avons trouvé dans son remarquable travail deux observations que nous pouvons rapprocher de celles que nous avons la bonne fortune de vous exposer.

La première observation est de James Scott et concerne un malade présentant depuis vingt ans le syndrome de Raynaud, depuis trois ans de la sclérodermie à marche extensive ayant débuté par de la sclérodactylie. A l'autopsie absence de corps thyroïde.

La deuxième, due à Krieger et présentée à la Société médicale d'Heidelberg, est celle d'une femme de 46 ans qui, à la suite d'un goître exophtalmique, fut atteinte de la maladie de Raynaud, puis d'une sclérodermie caractérisée par l'œdème de la face, et l'induration des extrémités surtout supérieures.

Observation I. — Le premier de nos cas fut observé en 1905 en collaboration avec le D[r] Colombié (de Dourgne).

Il s'agit d'une femme de 41 ans, appartenant à une famille où la ménopause est relativement précoce. Porteuse d'un goître simple qui ne donna jamais lieu à des accidents, elle cessa d'être réglée à 40 ans. Trois mois après la disparition des règles, cette femme éprouva des signes d'insuffisance ovarienne parmi lesquels dominèrent les bouffées de chaleur et les modifications du caractère. Cinq mois après, le goître devint douloureux,

---

(1) Rosbach. (*Ann. de Virchow*, 1870.)
(2) Schultz. (*Neurol. Centralblatt.*)
(3 Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, 1890.

la malade eut de la tachycardie et de la frilosité très marquée des extrémités qu'elle remarqua tantôt cyanosées et toujours froides. Les troubles douloureux consistaient seulement en élancements et fourmillements et s'exacerbaient par moments.

En décembre 1905, six mois après la ménopause, syncope du gros orteil à gauche, suivie d'asphyxie, avec phyctène, rupture de cette phyctène, mise à nu du derme, et arrêt de ce processus sous l'influence du repos et de la médication ovarienne. Du côté droit la syncope, moins marquée, prit tous les orteils mais ne produisit aucune lésion de sphacèle.

Nous crûmes pouvoir considérer ici le syndrome de Raynaud comme d'origine hypo-ovarienne, le goître basedowifié résultant de cette hypo-ovarie.

Ce cas suscita notre curiosité et nous cherchâmes avec notre maître le Prof. Rémond (de Metz) les maladies, ou mieux les syndromes de Reynaud, soit dans les divers asiles, soit dans les divers hôpitaux de la région. A côté de gangrènes symétriques des extrémités de causes diverses que nous nous proposons de publier plus tard, nous devons à l'obligeance de MM. les Drs Chevalier-Lavaure, médecin-directeur de l'Asile d'Auch, Malfilâtre, médecin-directeur de l'Asile de Saint-Lizier, Clavel (de Mazamet), de pouvoir vous rapporter quelques observations de syndromes de Raynaud où l'élément glandulaire sanguin parait jouer un certain rôle.

Observation II. — C'est d'abord le cas de nanisme mitral pluri-glandulaire présenté au Congrès par l'un de nous avec le Dr Chevalier-Lavaure.

Il s'agit d'un arriéré tant moral que physique qui, à 44 ans, ne présentait que la mentalité d'un enfant de six ans, une taille de 1 m. 23 et un poids de 23 kilogrammes.

Ce nain eut trois crises de troubles vaso-moteurs des extrémités, érytromélalgie d'abord, asphyxie symétrique ensuite, précédant l'apparition d'une sclérodermie, ce qui tend à démontrer l'affirmation du professeur Grasset au sujet de l'identité des deux processus.

Que le syndrome de Maurice Raynaud et la sclérodermie dépendent ici de troubles des glandes endocrines cela n'est pas douteux, l'autopsie démontra des lésions au niveau de ces glandes et surtout du corps thyroïde, lésions que la symptomatologie faisait prévoir — au moins pour la glande thyroïde — car le malade avait donné le tableau parfait de l'hypothyroïdie.

Observation III. — Notre troisième observation est au moins aussi intéressante, car, en même temps qu'elle confirme notre opinion, elle nous montre l'association de l amaladie de Parkinson avec de la sclérodermie, association assez rare et que seuls Luzzato, Panegrossi et Palmieri, Mœbius, Frænkel, Lundborg ont pu observer. Ces auteurs font de la ma-

ladie de Parkinson une maladie d'origine d'origine thyroïdienne. Roussy et Clunet la rattachent à une hyperparathyroïdie. Nous sommes heureux de pouvoir citer les deux cas de maladie de Parkinson avec altérations thyroïdiennes apportées à ce Congrès par MM. C. Parhon et Goldstein.

Il s'agit dans notre cas d'un malade, âgé de 61 ans, qui, depuis trois ans, a tous les symptômes de la maladie de Parkinson, tremblement au repos, démarche particulière, attitude figée.

Ce malade présentait au grand complet le syndrome d'Hertoghe : œdèmes fugaces, signe du sourcil, chevelure pauvre, migraines, enfin sclérodermie des mains, des pieds, de la face.

A ce tableau par instant est venu s'ajouter le syndrome d'asphyxie symétrique des mains.

Observation IV. — La quatrième observation vient de Mazamet. C'est l'histoire d'une femme qui, à la suite d'une troisième grossesse à l'âge de 39 ans, présenta un goître annulaire de Chassaignac. Il y a six ans, à la suite d'une vive émotion, d'une congestion pulmonaire et de fatigues considérables, on voit apparaître des crises de tachycardie, une modification très notable du caractère (goître basedowifié de Pierre Marie). Il y a trois ans apparut de la sclérodermie des mains, des pieds, de la face, une réaction de l'aponévrose pulmonaire, de la frilosité des œdèmes.

Il y a un an, syncope locale puis asphyxie symétrique des deux mains (jusqu'au milieu du métacarpe). Même phénomène aux pieds avec, en plus, bientôt après, quelques phlyctères.

Après deux mois, cette asphyxie disparaît. La malade meurt au mois d'avril, deux mois plus tard, dans un état cachectique très avancé, toux coqueluchoïde, nystagmus, signes de tuberculose secondaire.

Observation V. — Un idiot épileptique que nous avons observé à l'Asile d'Auch, âgé actuellement de 16 ans, goîtreux et épileptique qui, à la suite d'une série de crises subintrantes et très violentes, présenta de la syncope locale, puis de l'asphyxie symétrique des pieds et finalement de la nécrose des orteils qui aboutit à la chute du pied droit, du quatrième et cinquième orteils à gauche.

Ce malade a un corps thyroïde nettement hypertrophié et de consistance ligneuse ; de plus son aspect général est nettement celui du myxœdémateux. Signalons en passant que ce malade présente un dermographisme très marqué, un pouls très instable et qui d'ordinaire se tient aux environs de 140 ; enfin une tension artérielle de 21 1/2 au Potain.

Observation VI. — Enfin, sixième et dernière observation que nous devons à l'amabilité de M. le Dr Malfilâtre, de Saint-Lizier, et de M. Piquemal, son interne. C'est celle d'un dément précoce à forme hébéphrénique qui, l'hiver dernier, à la suite d'une période d'agitation, présenta (sans pseudo-œdème), en décembre dernier, une asphyxie symétrique des pieds, sans syncope antérieure, suivie de phlyctènes, de sphacèles des tissus mous et de nécroses aboutissant à l'élimination à *droite*, de l'orteil médian ; *à gauche*, élimination de la première phalange du petit orteil. Les phalanges éliminées ne présentent pas de traces d'ostéomyélite. La cicatrisation est normale.

Ce malade fait très facilement de l'asphyxie symétrique des extrémités, sous la moindre influence, phénomène intermittent et qui, d'ailleurs dure peu. Il a un corps thyroïde nettement hypertrophié et douloureux et de consistance dure, le signe du sourcil, des cheveux peu abondants, secs et cassants, de la frilosité, quelques œdèmes fugaces des jambes.

Nous estimons que l'ensemble de ces six observations de syndrome de Raynaud nous permet d'invoquer comme cause une lésion des glandes endocrines.

Dans deux cas (observations I et IV), nous pouvons invoquer une hyperthyroïdie consécutive à une insuffisance ovarienne, due dans l'observation I à la ménopause, et dans l'observation IV à une grossesse. Ici, la *syncope* locale, l'élément vasculaire actif, le spasme en un mot, selon la conception de Maurice Raynaud, existe nettement, tout à fait comparables à ces spasmes vasculaires passagers que Jayle et Dalché ont cité dans l'insuffisance ovarienne.

Dans l'observation II, l'observation III, l'observation VI, nous notons de l'hypothyroïdie. Ici, nous constatons surtout des phénomènes vasculaires paralytiques, c'est-à-dire de l'*asphyxie*.

Les observations II, III et IV, particulièrement intéressantes, prouvent encore mieux, par la coexistence de sclérodermie, le rôle des glandes à sécrétion interne. De même l'existence de la maladie de Parkinson dans l'observation III est un appoint de plus à notre théorie puisqu'on tend de plus en plus à incriminer les glandes vasculaires sanguines.

Dans l'observation V enfin, nous avons du goître, du myxœdème et de l'épilepsie. Ici, la syncope a précédé l'asphyxie et la nécrose. C'est le seul cas d'hypothyroïdie où nous ayons vu du spasme sur lequel sans doute l'épilepsie a eu de l'influence.

Les aliénés émigrants refoulés d'Amérique au port du Havre

par les Drs Hamel (de Rouen) et Lallemant (de Rouen)

Les asiles de la Seine-Inférieure reçoivent chaque année un certain nombre d'aliénés qui nous viennent du port du Hâvre et qui sont renvoyés d'Amérique (Etats-Unis et Canada) à titre d'émigrants dits « refoulés ».

Ce sont des émigrants qui, atteints d'aliénation mentale plus ou moins récemment constatée à leur arrivée sont refusés par le service de l'immigration américaine. Il nous en vient ainsi des régions les plus diverses de l'Amérique du Nord, quelquefois de Californie. Ils sont ramenés de là à un port d'embarquement, en général New-

York pour être conduits à la première escale continentale. C'est du port du Havre ,amenés par les paquebots des Compagnies anglaises ou de la Compagnie transatlantique que nous arrivent ces malades, après un séjour plus ou moins prolongé à l'hospice du Havre qui les garde en observation.

Ces aliénés appartiennent à diverses nationalités ; le plus souvent de l'Europe méridionale. Nous avons cru intéressant de faire un relevé statistique de ces malades entrés tant à l'asile des hommes qu'à celui des femmes pendant la période décennale 1900 à 1910. Le nombre des émigrants placés à Quatre-Mares et à Saint-Yon pendant cette période s'élève à 45 hommes et à 16 femmes. En ce qui concerne les hommes notamment, il convient d'éliminer un certain nombre dont les uns étaient des émigrants non embarqués au Havre comme aliénés, les autres revenus d'Amérique à titre de passagers volontaires atteints d'aliénation mentale constatée en cours de route. L'objet de cette communication est surtout de faire ressortir les aliénés renvoyés par ordre du gouvernement américain. Le nombre de ces derniers s'élève pour la période 1900-1910 à 28 hommes et 14 femmes.

Ces aliénés refoulés sont peu nombreux dans la période 1900-1907 : 7 hommes et 3 femmes seulement ; ils le sont relativement beaucoup plus dans les années 1907, 1908, 1909. Cela tant à la nouvelle loi sur l'immigration du gouvernement des Etats-Unis et qui date du 20 février 1907. M. le Consul des Etats-Unis au Havre, le Dr P. Beecher (1) et M. le Dr Borel, médecin directeur des services maritimes, ont bien voulu nous donner des renseignements concernant la législation actuellement en application en Amérique.

D'après la loi du 20 février 1907 tout émigrant qui n'a pas trois années de séjour au moins en Amérique peut être refoulé sur le continent européen :

1. En cas d'aliénation mentale constatée ;

2. S'il est prouvé que 5 ans avant son arrivée en Amérique, il a été atteint d'aliénation mentale ;

3. S'il est également prouvé qu'avant son arrivée il a été atteint deux fois dans sa vie d'aliénation mentale.

Comme le fait remarquer M. le Consul des Etats-Unis, en présence du nombre énorme des émigrants, sur le continent américain, il est nécessaire de prendre des mesures rigoureuses pour éviter l'encombrement des incapables et des charges constamment croissantes. Ainsi pendant la période juin 1908 à juin 1909, il fut refoulé dans les ports d'Europe 322 aliénés, dont 18 idiots, 42 imbéciles,

---

(1) M. le Dr Beecker a déjà publié un travail de statistique sur les aliénés émigrants dans les *Annales Médico Psychologiques*.

121 faibles d'esprit, et 142 atteints de diverses formes d'aliénation mentale (encore les épileptiques ne sont pas compris dans le nombre). Il ne nous appartient pas d'émettre d'observation à ce sujet, mais en ce qui concerne tant les pays qui reçoivent ces aliénés que les pays d'origine de ces malades, cette question soulève un point intéressant d'assistance aux aliénés. Nous laissons bien-entendu ici tout à fait de côté le point de vue de la charge financière incombant aux établissements; nous ne voulons envisager que l'assistance efficace et le traitement des aliénés en général. Or cette catégorie de malades se trouve dans des conditions spéciales très défavorables au traitement et à l'évolution de leur maladie: parmi nos aliénés refoulés voici une jeune fille de 23 ans, arrivée en 1909 à l'asile de Saint-Yon. Elle était partie de Belfort trois ans auparavant avec sa sœur, comme institutrice dans une famille américaine. Atteinte de confusion mentale il y a quelques mois seulement et n'ayant pas les trois ans de séjour, elle fut refoulée et sa sœur fut obligée de l'accompagner au Havre d'où elle échoua à l'asile Saint-Yon où elle est encore en traitement, atteinte de stupeur mélancolique avec évolution vers la chronicité. Nous avons actuellement en traitement à Quatre-Mares un Grec et un Monténégrin atteints de dépression mélancolique et qui, après un moment d'accalmie, tendent aussi à évoluer vers la chronicité. Pour ces deux malades aucun pourparler sérieux en vue du rapatriement n'a pu être engagé. Il est certain que pour la plupart des malades ainsi refoulés et déjà déprimés par une traversée, le séjour plus ou moins prolongé dans un établissement où ils se trouvent absolument dépaysés ne peut contribuer à améliorer leur délire qui certainement se serait mieux trouvé d'un repatriement rapide.

Les aliénés refoulés venant du port du Havre se répartissent ainsi pour la période 1900-1910:

Hommes: 28; Italiens, 12; Français, 6; Autrichiens, 4; Allemand, 1; Monténégrins, 2; Turc, 1; Roumain, 1; Grec, 1.

Femmes: 14; Françaises, 7; Italiennes, 3; Suisse, 1; Allemande, 1; Autrichiennes, 2.

Ils appartiennent à divers métiers; ce sont pour la plupart des manouvriers, des journaliers, des cultivateurs, des ouvriers des mines.

Chez certains, la nationalité seule a pu être constatée, d'autres renseignements contrôlables n'ayant pu être fournis. Presque tous ces malades avaient moins de 40 ans. Ils étaient tous atteints de vésanies à allure polymorphe et aiguë, du moins à leur entrée à l'asile: états maniaques, surtout chez les femmes; chez les hommes, délires polymorphes ou états mélancoliques avec hallucinations et idées de suicide fréquentes. Quelques-uns sont sortis guéris, c'est le

petit nombre; d'autres ont été tranférés soit légèrement améliorés, soit dans le même état; d'autres enfin sont restés à l'asile évoluant vers une forme démentielle ou chronique.

Nous avons été assez peu renseignés sur les causes de l'affection de ces malades dont nous ne connaissons guère les antécédents. Ils sont en général amenés à New-York par deux infirmiers, à bord du bateau en partance, sans qu'aucun dossier ait été constitué. Certains étaient sans doute des aliénés à leur départ et rentrent dans la catégorie des aliénés migrateurs; l'un deux en est un cas bien net: c'est un Français employé de commerce à Paris et arrivé à Quatre-Mares en 1907, venant du Canada. Il avait quitté brusquement sa femme et ses enfants sous l'influence probable d'hallucinations. Il se dirigea vers l'Amérique sans but précis, se fit arrêter à Winnipeg dans le centre du Canada et de là fut ramené au Havre. On constata à l'arrivée un délire polymorphe avec tendance aux projets ambitieux extravagants hallucinatoires, idées de persécution, évolution démentielle.

Pour nous résumer, il est à prévoir que par suite de la nouvelle loi américaine sur l'immigration, le nombre des aliénés refoulés ira en augmentant. Depuis le commencement de l'année 1910, nous avons déjà reçu 6 hommes à Quatre-Mares. Comme nous l'avons dit, cette question est intéressante au point de vue humanitaire, parce que les aliénés ainsi placés dans un asile en cours de route, se trouvent dans de très mauvaises conditions de traitement moral, et destinés à devenir chroniques. Ce sont des transférés, il est vrai, mais des tranférés arrêtés à moitié chemin quelquefois pour toujours, si les pourparlers n'aboutissent pas pour leur rapatriement ou si leur délire se prolonge.

Le temps matériel nous a dans le cas présent, manqué pour rechercher auprès de nos confrères des asiles placés à proximité des ports en correspondance avec l'Amérique, s'ils reçoivent comme nous un certain nombre de refoulés. Nous avons cru devoir profiter d'un Congrès à Bruxelles pour poser cette question. Elle appelle certainement des solutions à chercher.

Il y aurait lieu, entre autres, de rechercher dans quelle mesures les compagnies de navigation pourraient se charger du rapatriement des malades refoulés, sans les laisser pour compte, comme cela se fait actuellement, au pays du premier port de débarquement.

Enfin, il serait nécessaire qu'un dossier fut constitué sur ces malades, au moment de leur refoulement.

Discussion

M. DEMONCHY (de Paris). — Cette question soulève de graves problèmes et doit être envisagée sérieusement. Que les Etats-Unis se

défendent contre le paupérisme en renvoyant à leur port d'embarquement les émigrants sans argent, qu'ils se défendent contre l'aliénation mentale, c'est leur droit.

Mais ce qu'il faut, c'est délimiter ce que c'est que le pays d'origine, et ne pas le confondre avec le port d'embarquement, autrement, c'est s'exposer à transformer les ports tels que le Havre, en un refuge pour toutes les misères et surcharger les dépenses toujours croissantes de l'assistance publique. Pourquoi ne pas imposer aux compagnies de transport continentales les mêmes charges qu'imposent les Etats-Unis aux transports maritimes. La question est difficile à résoudre et mérite un examen sérieux.

M. GRANJUX (de Paris). — La question présentée par nos confrères a une importance considérable au point de vue humanitaire et au point de vue social. D'une part, en effet, de malheureux aliénés après avoir apporté pendant plusieurs années leur concours à l'activité de la vie américaine, sont jetés, on peut dire à la rue, et renvoyés en Europe dans des conditions mauvaises à tous égards au point de vue de leur traitement. D'autre part, les mesures prises en Amérique ont pour effet d'encombrer la France d'aliénés étrangers, qui demeurent à sa charge. Je crois qu'il y aurait intérêt à ce que la question demeure à l'ordre du jour du Congrès et qu'une commission soit chargée de l'étudier ; de cette façon, lors de notre prochaine réunion, nous pourrions prendre les décisions fermes et utiles.

Cette proposition, appuyée par M. Demonchy, est adoptée par le Congrès.

La Scatophilie

par le Dr Charles Blondel (de Paris)

Nous apportons ici une observation de perversion sexuelle, dont les modalités cliniques valent, croyons-nous, par elles-mêmes, d'être au moins signalées et qui est, peut-être, susceptible de donner lieu à quelques considérations nosologiques et pathogéniques intéressantes :

A... est un grand débile de 34 ans. Son père, instituteur dans le Sud-Ouest, mort à 75 ans, d'une affection cardio-pulmonaire, était d'un caractère violent. Sa mère, âgée de 71 ans, serait, paraît-il, douce et gaie ; son niveau mental est en tout cas fort peu élevé. Elle a eu six enfants : quatre sont morts, dont trois en bas âge et une fille, à 22 ans, de péritonite. Son fils aîné, âgé de 37 ans, instituteur à Paris, est bien portant, mais très emporté : il va bien, lorsque rien ne le contrarie.

Son fils cadet, notre malade, n'aurait rien présenté de particulier durant l'enfance. De 5 à 17 ans, il fréquenta l'école primaire, puis de nom-

breux lycées ou collèges, car il ne se plaisait nulle part. Son instruction est rudimentaire : il reconnaît, car il est fort modeste, n'avoir obtenu son certificat d'études que par commisération. S'il a gardé quelque souvenir des rudiments inutiles du latin, en revanche, en histoire, en géographie, en calcul, il se montre extrêmement faible. Une otite gauche, survenue, alors qu'il avait 17 ans, lui suscita des difficultés quand il voulut s'engager pour quatre ans. Il y parvint cependant et fit son service dans une garnison voisine de sa famille. Son défaut d'initiative l'empêcha de passer caporal. Secrétaire auxiliaire du major, il ne donna pas satisfaction. Il s'embusqua enfin quelque temps comme planton auxiliaire à la bibliothèque des officiers. Fréquemment puni pour négligences et fautes dans le service, il s'attira en particulier quinze jours de prison pour avoir imaginé de signer du nom d'une personne étrangère à l'armée une lettre de réclamation en sa faveur. Il obtint néanmoins son certificat de bonne conduite et quitta l'armée en novembre 1898. Il fit alors pendant deux ans le service de facteur intérimaire dans son pays ; il tenta entre temps du chemin de fer et fut homme d'équipe à la gare d'Austerlitz, mais n'y demeura que dix jours : il languissait. Nommé enfin facteur à Paris, en octobre 1900, il permute avec un facteur de Montlhéry, est envoyé en disgrâce à Saint-Chiron, s'ennuie, demande sa mise en disponibilité en prétextant des raisons de famille, reste seize mois chez lui à aider sa mère aux soins du ménage, cherche du travail à Toulouse, fait quelque temps l'homme de peine à Choisy-le-Roi et est enfin réintégré, comme trieur et distributeur d'imprimés, dans un bureau de Paris, où ses chefs ne seraient pas trop mécontents de lui.

Ainsi la débilité de notre malade s'est marquée tout au cours de son existence par les insuffisances de l'écolier, l'incapacité du soldat, les incertitudes de l'homme fait. Comme beaucoup de débiles, A..., est un très bon fils : il a pour sa mère, dans l'intimité de laquelle il a vécu et vit encore constamment, un véritable culte dont nous aurons tout à l'heure à approfondir les étranges conséquences. Il a reçu une éducation très religieuse et cette éducation n'a pas été, sinon sans influencer l'orientation de ses troubles morbides, du moins sans leur communiquer quelque chose de sa couleur.

Le malade n'est venu que deux fois nous consulter dans le service de notre maître, le Dr Deny, qui avait bien voulu nous le confier, et il ne nous a été permis d'avoir avec lui qu'une seule conversation sérieuse et prolongée. Sans doute ainsi avons-nous pu obtenir seulement l'essentiel et non pénétrer le détail de son état mental. La profondeur de sa débilité nous laisse heureusement la liberté de croire que le mal est moins grand qu'il ne paraît et que nous n'en aurions guère tiré davantage, sinon en substituant notre pensée à la sienne. Il semble, en effet, assez malléable : toute question le frappe par sa justesse et son bien-fondé, alors même qu'il se contente de la commenter et la laisse ensuite sans réponse.

A... pourrait au premier abord passer pour un simple hypochondriaque : il se plaint, en effet, vivement et longuement de dyscénesthésies, particulièrement céphalique et génitale. Mais aussitôt son attention attirée sur le mental, les troubles se révèlent en ce domaine beaucoup plus nombreux, importants et caractéristiques. Il a toujours été scrupuleux

et, dès son enfance, ses scrupules se sont orientés sur sa mère, qui était bonne pour ses enfants, tandis que le père était dur. Depuis 1902, ses scrupules n'ont fait que croître et sont devenus de véritables, singulières et inintelligibles obsessions. C'est ainsi que sa mère « comptait deux », c'est-à-dire répétait deux fois les invocations dans ses prières, alors que son père les répétait trois fois. Vu son attachement pour sa mère, il l'a imitée en ses oraisons et le chiffre deux a pris graduellement une extrême importance à ses yeux. Quand il fait une chose qui peut se nombrer, « il lui semble qu'il compte deux, et qu'il l'attribue à sa mère » et, ce faisant, il est préoccupé, car il a peur de lui vouloir du mal. Il souhaiterait de tout faire comme elle : quand il lit une adresse, par exemple, il lui semble qu'elle ne mettrait pas le même temps à la lire, qu'elle ne la lirait pas de la même manière et, en même temps qu'elle sait qu'il la lit autrement qu'elle n'aurait fait. Il la lit une seconde fois et, c'est plus fort que lui, il « attribue en mal » la chose à sa mère. Il y a une manière de regarder les adresses par laquelle il lui semble vouloir du mal à sa mère. Fixe-t-il un personne dans la rue? Il s'imagine qu'elle croit qu'il la regarde pour lui donner à entendre qu'il veut du mal à sa mère, qu'il se plaît à lui faire du mal. Pour vérifier la nature de ses sentiments, il se représente volontiers maltraitant sa mère ou son frère, les frappant par exemple ou leur tirant des coups de revolver; mais, quand c'est à son frère qu'il en a, l'image de sa mère s'interpose et c'est à elle qu'il se voit, en réalité, en train d'asséner les coups qu'il destinait à un autre.

D'autres troubles de même nature, mais que rien ne relie aux précédents, se révèlent à l'interrogatoire. « Dans son esprit il se fait, dit-il, un tas d'idées sur un tas de choses ». Contentons-nous de deux exemples. Un jour, il trace des lignes sur une vitre; il y en a une qui « ne lui va pas ». Il l'efface, mais cette correction demeure insuffisante : la forme du trait par rapport aux autres gêne « son esprit et sa vue ». Une nuit, il aperçoit sur le tapis un grain de poussière qui le gêne, l'empêche de dormir. Il l'enlève, mais comme il y en a plusieurs, il lui semble ne pas avoir enlevé le bon. Celui-là seul le gêne, les autres le laissent indifférent : pourquoi ? il ne sait : peut-être la manière dont il était disposé, dont il adhérait au tapis, sa place même. Il aurait voulu le voir ailleurs. Il reste au lit et se représente enlevant le grain de poussière à la pointe d'un couteau : dans son esprit, c'est alors comme s'il l'avait réellement enlevé.

Sans doute ces troubles sont intéressants. Ils présentent un tel caractère d'inintelligibilité, d'irréductibilité aux cadres de notre pensée et de notre langage, il s'y décèle une si flagrante indifférence aux principes fondamentaux de notre logique et au principe d'identité par exemple, qu'ils sembleraient prêter à d'utiles considérations sur la nature prélogique des représentations obsédantes. Malheureusement la débilité de notre malade est telle qu'elle enlèverait aux yeux de beaucoup une grande partie de sa valeur à pareille démonstration. Aussi ne la tenterons-nous point à son occasion.

Mais les hasards de l'interrogatoire nous ont amené à recevoir de A... des confidences qui vont retenir exclusivement notre attention, maintenant que nous connaissons bien à qui nous avons à faire.

Grand masturbateur, du seul rapport sexuel normal qu'il a eu dans sa

vie, il n'a pas tiré beaucoup de satisfaction. Trois ou quatre autres fois, des femmes lui ont fait, dit-il sans plus, des saletés, dont on devine aisément la nature, vu le prix qu'il y pouvait mettre, et qui ne lui ont pas davantage causé de forte impression. Ce n'est pas que le sexe lui soit indifférent, mais il lui porte, comme nous allons voir, un intérêt assez particulier. Quand il fixe une femme dans la rue, il se figure que les gens le regardent de travers « dans leur intérieur ». La nuit dernière, un scrupule de même ordre l'a empêché de dormir : n'avait-il pas regardé deux fois une jeune passante avec « des instincts mauvais » ? C'est qu'il a eu « deux vents » au moment de son passage et la grande question est de savoir s'il l'a vue avant ou après les avoir eus. S'il l'a vue avant, le cas est grave, car c'est alors son « instinct bestial » qui l'a poussé. Ses explications restent longtemps inintelligibles, jusqu'à ce qu'enfin il avoue prendre plaisir à faire des vents, quand passe une femme attrayante. Le cap est doublé maintenant et il va tout dire : en se masturbant il pense aux excréments, se figure les sentir, s'imagine en avoir aux parties et voir des organes génitaux et des croupes de femmes souillés de matière. Il y a plus : il lui est arrivé de déféquer dans un papier, de le placer dans sa chambre, de se placer dans sa chambre, de se mettre à la fenêtre et de se masturber en regardant passer les femmes, cependant que l'enivrante et délicieuse odeur se répandait autour de lui. Il avoue également se complaire à la pensée de petites filles. Mais la discrète évocation du sadisme et du masochisme le remplissent d'étonnement et de dégoût.

En tout ceci A... est-il sincère ? C'est une question qu'il faut toujours se poser en pareil cas et qui mérite ici d'autant plus de l'être que nous l'avons vu se comporter au régiment en débile mythomane. Nous inclinons cependant à admettre sa sincérité. L'inquiétude où il est de son état, une obscure conscience des rapports de ses obsessions et de sa perversion sexuelle l'ont graduellement conduit à nous faire ces confidences. Depuis il s'est apparemment ressaisi, a eu houte de ses aveux et n a plus reparu. C'est ainsi que certains détails manqueront probablement toujours à son observation, faute d'avoir pu être obtenus à un premier entretien, et que, par exemple, nous ne saurons sans doute jamais à quelle occasion s'est pour la première fois manifestée sa perversion sexuelle.

Nous ne nous appesantirons point longuement sur les rapports étroits que notre observation manifeste entre la perversion du sens génital et les obsessions. L'existence de tels rapports a depuis longtemps a été signalée. Sans remonter aux observations de Magnan ou de Kraft-Ebing (2), ni aux perversions à caractèee obsessif de Sérieux (3), ni à la pédérastie périodique de Tarnowsky (4), le titre seul de la thèse de Desaunais-Guermarquer, soutenue à Paris

---

(1) *Anomalies, Aberrations, Perversions sexuelles chez les dégénérés.* Paris, 1885.

(2) *Psychopatia sexualis*, trad. française, 1895.

(3) Thèse Paris, 1888.

(4) *L'instinct sexuel*, traduction française, 1904.

en 1905 : « Valeur sémiologique des obsessions et impulsions chez les anormaux sexuels », suffit à prouver combien le rapprochement des perversions sexuelles et des obsessions est entré dans le domaine courant tant au point de vue du terrain sur lequel elles germent les unes et les autres, qu'au point de vue de leur symptomatologie.

Cependant il est un détail à signaler et à retenir. Si, parmi les rares observations de Kraft-Ebing qui peuvent se rapprocher de la nôtre, il en est au moins une où la conconcomitance d'accidents obsédants est manifeste (1), les « renifleurs » de Tardieu, les « stercoraires » de Taxil (2), sont, par les meilleurs auteurs, distraits du groupe des obsédés : Tarnowsky (3) les range parmi les pervertis séniles, Garnier (4) soutient de même qu'ils ne sont habituellement pas des obsédés, mais des affaiblis, cérébraux ou séniles, ou de véritables déments. La débilité mentale de notre sujet ne nous paraît répondre en rien à l'affaiblissement acquis de Garnier et notre observation vient donc sur ce point démontrer que toutes les perversions sexuelles, quels qu'en soient les caractères cliniques, peuvent relever d'anomalies constitutionnelles. A vrai dire, au reste, avec les renifleurs et les stercoraires, avec les différents pervertis sexuels, chez lesquels les auteurs (Kraft-Ebing en particulier), ont signalé une certaine appétence pour les excréments, notre malade offre une ressemblance plus superficielle peut-être que profonde, au point de vue de la matière plutôt que de la forme.

Cela étant, dans quelle classe de pervertis sexuels convient-il de le ranger ? Nous croyons avec Garnier (5) qu'il est impossible de le comprendre parmi les fétichistes. A... n'est pas uniquement préoccupé des excréments féminins ; il s'excite aussi à l'idée de souiller d'excréments un corps de femme. Il n'y a donc aucun fétichisme dans son cas.

Faut-il admettre la théorie de Kraft-Ebing (6) et voir en de telles perversions du sadisme larvé, quand le malade se conçoit actif, du masochisme larvé, quand il se conçoit passif ? Nous estimons d'abord, comme Garnier (7), que Kraft-Ebing a un peu bien abusé du sadisme et du masochisme, que sadisme et masochisme larvés sont quelquefois à ce point larvés, qu'ils ne sont plus saisissables.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 168. Cas de Arndt.

(2) Nous nous résignons à citer cet auteur, pour faire comme tout le monde, mais nous réduisons notre citation au terme seul qu'il a introduit dans la langue et faisons les plus expresses réserves sur la véracité et la valeur documentaire ou scientifique des œuvres de ce célèbre mythomane.

(3) *Loco citato*, p. 132.

(4) *Fétichistes, pervertis et invertis sexuels*, 1876.

(5) *Loco citato.*

(6) *Loco citato*, p. 108.

(7) *Loco citato.*

Mais dans notre cas particulier il y a plus. En ses rêveries singulières et voluptueuses A... est indifféremment actif ou passif ; sans doute des observateurs ont signalé l'association du sadisme et du masochisme, mais cette combinaison ne nous est jamais donnée comme faite par parties égales : l'un des éléments prédomine toujours largement ; A... ferait donc complètement exception à la règle. D'autre part, par la complaisance qu'il met à respirer des excréments, il semble bien qu'ils aient à ses yeux, par eux-mêmes, une valeur érotique. Enfin, si sado-masochisme il y avait, ce sado-masochisme ne se traduirait que par ce seul et unique symptôme et resterait, sous tout autre forme, pleinement inconscient, puisque, après y avoir été sollicité, A... n'a trahi aucune tendance proprement sadique ni masochiste, alors que ses précédents aveux auraient pu le rendre assez accommodant sur ce point. Il ne nous paraît donc pas plus légitime de le considérer comme un sadique ou un masochiste, que comme un fétichiste.

Reste à nous expliquer sur la pathogénie d'une telle perversion. Kraft-Ebing, au point de vue étiologique, distingue entre le fétichisme d'une part, le sadisme et le masochisme de l'autre. Si sadisme et masochisme sont selon lui essentiellement congénitaux, en revanche il admet pour le fétichisme la théorie de Binet (1), de l'événement marquant de la première enfance qui, en déterminant une forte impression voluptueuse, désoriente pour ainsi dire l'instinct sexuel. « Il y a toujours comme point de départ, dit Kraft-Ebing (2) un incident fortuit qui a déterminé le rapport de cette impression isolée avec des sensations voluptueuses. De même que dans la vie physiologique, la main, le pied, les cheveux ont une signification fétichiste très remarquable, de même dans le domaine pathologique les parties du corps sont préférées ». Legrain (3), au contraire, voit en toute perversion sexuelle, une perversion instinctive, et Garnier (4) oppose à la théorie de Binet la nécessité d'une prédisposition congénitale. A ne considérer que notre malade, deux raisons essentielles militent en faveur de la nature constitutionnelle de ses troubles : il ne signale spontanément dans ses antécédents aucun événement particulier qui aurait déclanché sa perversion ; cette raison, il est vrai, n'en serait pas une pour tout le monde, car des auteurs admettent la possibilité de l'oubli de l'incident initial et de son passage dans l'inconscience. Mais la seconde raison paraîtra peut-être à tous plus probante : c'est le déséquilibre mental profond que trahit chez lui l'ensemble de ses obsessions. Au reste, en ces

---

(1) *Le Fétichiste et l'Amour*, 1891.

(2) *Loco citato*, p. 102.

(3) Legrain. *Anomalies de l'instinct sexuel et en particulier inversions de l'instinct sexuel*, 1896.

(4) *Loco citato.*

matières, on ne voit l'aventure, si saisissante soit-elle, qui pourrait pervertir à ce point, si prématurément et probablement si définitivement, un individu normal et le dernier mot sur la question a été dit sans doute par Moreau, de Tours (1) : « Le terrain est tout, les causes déterminant l'explosion ne sont qu'accessoires. »

Nous nous trouvons ainsi en présence d'une perversion de l'instinct sexuel, qui, irréductible aux autres perversions de ce même instinct, peut, le cas échéant, lorsque, comme chez le malade dont nous avons rapporté l'observation, elle n'est pas symptomatique d'un affaiblissement acquis des facultés, relever, comme les autres, d'une anomalie constitutionnelle. Elle mérite donc, jusqu'à plus ample informé, d'obtenir son autonomie à côté du fétichisme, du sadisme et du masochisme et au même titre qu'eux. C'est pourquoi il nous a paru opportun de la différencier également par le vocabulaire et de créer pour elle, en attendant mieux, le terme de scatophilie qui en souligne le caractère essentiel.

De l'assistance aux aliénés pauvres en Grèce

par le Dr Arfanis (de Syra)

La Grèce, à peine délivrée du joug barbare des Turcs en 1828, joug qui a pesé sur elle pendant quatre siècles et a desséché et empêché le moindre souffle de bienfaisance et l'éclosion des sentiments de miséricorde et de charité envers les malades et les déshérités de ce monde, à peine délivrée, la pauvre et petite Grèce a tenu tout de suite à jeter un regard de miséricorde sur ses enfants pauvres, sur ses malades, sur les vieux impotents. Et dès les premières années de la formation du royaume, la Grèce s'est occupée de ses orphelins, de ses malades, de ses vieux et voilà partout des orphelinats, des maisons pour vieillards, et des hôpitaux qui de jour en jour s'améliorant résistent à présent à la comparaison avec les meilleurs de l'Europe centrale et tiennent le dessus sur ceux de l'autre Orient. Mais la Grèce s'occupant des autres malheureux, ont oublié une grande classe de ses enfants infortunés et déshérités, ceux qui ont perdu la plus précieuse des facultés de l'homme, celle qui le sépare de l'autre nature vivante: la faculté intellectuelle. Elle les avait oubliés complètement parce que les idées qui avaient cours non seulement en Orient, mais aussi dans les centres où la Science florissait, les idées, dis-je, sur les maladies du cerveau et les fous étaient non seulement complètement erronées mais assez bizarres. On croyait

(1) *Aberrations du sens génésique*, 1880.

jadis que les fous étaient des possédés, que le démon entrait dans le corps de ces pauvres êtres que le mauvais esprit prenait possession de leur encéphale. On croyait que les pratiques religieuses et les prêtres suffisaient pour chasser les diables du cerveau de ces malheureux pour qu'il s'en guérissent, et en outre des prières de l'église on ajoutait des chaînes, la bastonnade pour compléter leur arsenal thérapeutique.

La Grèce ne pouvait se soustraire à la règle générale et courait le même chemin d'erreur et d'ignorance, laissait ses aliénés dans la misère et l'abandon courir les rues et ruelles de ses grandes et petites villes, affamés et suppliciés par les gamins qui s'amusaient et jouaient avec leur détresse. Il m'est très difficile de décrire en détail les malheurs et les supplices que ces pauvres êtres supportaient. Il me suffit simplement de mentionner que dans la petite ville de Syra (25,000 habitants), dans l'espace de cinq années les gamins ont tué à coups de pierre quatre fous, de ces fous pauvres qui dorment à la belle étoile.

Cet état lamentable dura jusqu'à 1862, époque où la Grèce, par l'annexion des îles Ioniennes a hérité de la protection anglaise le premier asile d'aliénés de Corfou auquel les gouvernements helléniques à différentes reprises ont apporté plusieurs améliorations et rénovations suivant les progrès de la Science. En outre, vers 1880, un riche Grec Droncocaïte légua par son testament une somme de deux millions pour la construction et le fonctionnement d'un établissement complet pour les aliénés. Ainsi fut créé et fonctionne depuis lors régulièrement la maison des fous de Daphnis dans laquelle se trouvent actuellement en traitement trois cents malades. Ainsi dans les deux établissements sus-mentionnés et dans la clinique des maladies nerveuses (tous deux sis à Athènes), l'on soignent en tout cinq à six cents fous guérissables ou chroniques provenant non seulement de la Grèce libre, mais de tout l'Orient, c'est-à-dire de la Grande Grèce qui reste encore sous la domination ottomane. Mais tous ces malades sont des malades riches ou aisés c'est-à-dire payants, soixante à cent lits étant seulement réservés pour les pauvres.

Ainsi le sort des aliénés indigents s'est très peu amélioré par la création de ces établissements et dans toutes les villes et les villages de la Grèce, un millier environ de ces déshérités de ce monde courent dans les rues, exposés à toutes les intempéries et de temps en temps, quand ils deviennent dangereux, s'amènent aux postes de police où les agents les maltraitent, les battent, ou leur mettent les menottes pour les punir, ou pour avoir leur tranquillité. Plusieurs d'entre eux meurent de faim et de froid, et ainsi meurent des malheureux malades qui auraient peut-être été guéris s'ils étaient soignés et isolés à temps, et ils meurent à cause de l'abandon et du manque de prévoyance sociale et administrative.

Devant cet état lamentable des aliénés pauvres et vu la difficulté financière dans laquelle se trouvent actuellement toutes les municipalités de la Grèce, de prêter assistance à ces pauvres êtres, j'ai songé il y a deux années à frapper à la porte de la bienfaisance individuelle en faveur des pauvres aliénés de Syra et du département des îles Cyclades. Dans ce but j'ai mené une campagne dans la presse du pays et peu à peu mes publications et mes démarches individuelles ont abouti à la formation d'un comité de quatre personnes, des citoyens en vue, de Syra, sous la présidence de l'évêque de Syra. Ce comité dans lequel j'ai retenu la place de directeur scientifique a pu, en un an, par les cotisations des gens bienfaisants, par des collectes, par une loterie et divers autres petits moyens, amasser la somme de douze mille francs, somme avec laquelle le comité a pu fonder un petit asile d'aliénés dans un édifice du gouvernement, petit, vieux abandonné, lequel a été offert au comité.

Dans ce petit asile dans lequel, selon le règlement seraient admis les déments, les incurables et les aliénés chroniques et provisoirement les aliénés guérissables jusqu'à ce que leur admission aux établissements spéciaux et complets serait assurée, dans cet asile, en ces deux dernières années sont entrés quarante-deux aliénés pauvres; cinq d'entre eux sont déjà sortis complètement guéris, douze sont envoyés aux autres établissements, et les autres restent sous un toit ayant leur nourriture, leur assistance médicale, tandis que sans cet asile ils seraient encore dans les rues, nus, affamés et peut-être morts.

Ce système de bienfaisance individuelle, je le propose pour les petites villes dans lesquelles les municipalités ne peuvent créer de ces asiles indispensables, parce que pourtant ce n'est pas facile de faire entrer dans une maison spéciale des fous, surtout s'il s'agit des pauvres. Et pour trouver une place vacante et pour remplir les formalités nécessaires, il faut toujours du temps, et pendant ce temps les misérables fous seraient un supplice et un danger pour leur famille, leur quartier, leur ville entière, tandis que si la bienfaisance individuelle crée de ces asiles provisoires pour lesquels une fois fondés, la bienfaisance serait prompte à les secourir, on aurait toujours un lieu sûr pour donner un abri et une assistance scientifique provisoires.

Les psychopolynévrites chroniques

par le Dr E. Gelma (de Paris)

L'observation que nous publions est un nouvel exemple de *psycho-polynévrite* chronique, c'est-à-dire de cet affaiblissement démen-

tiel particulier que l'on peut résumer sous le nom de presbyophrénie, associé à la polynévrite chronique. Notre observation concerne, comme dans toutes les observations publiées, une femme âgée et elle s'inscrit à la suite de faits analogues étudiés par MM. Dupré et René Charpentier (1) dans leurs travaux sur les psychopolynévrites chroniques.

Alcoolisme chronique. — Affaiblissement intellectuel datant de deux ans. — Idées délirantes polymorphes, périodes d'excitation. — Confusion mentale chronique. — Amnésie surtout de fixation. — Polynévrite des membres inférieurs.

La comtesse M..., 79 ans, rentière, entre à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police de Paris dans les circonstances suivantes : *depuis deux ans environ,* elle donnait à son entourage des signes évidents de troubles psychiques. Tout d'abord on s'aperçut de son attitude étrange, de la bizarerie de ses manières qui contrastaient avec sa conduite d'autrefois : c'étaient des idées de persécution contre ses enfants, des accusations de spoliation, de captation d'héritage, des tentatives de meurtre, de l'indifférence vis-à-vis de son mari qu'elle refuse de soigner au cours d'une maladie grave et qu'elle laisse mourir sans avoir appelé le médecin et sans avertir ses enfants. Elle est avare, se prive des choses les plus nécessaires, vit dans un taudis repoussant malgré un revenu de 35,000 francs, mais elle est en même temps prodiqgue vis-à-vis des étrangers et elle se lance dans des projets de construction extravagants où sa fortune peut sombrer. On la remarque dans le quartier : sa tenue est insolite, elle se promène avec deux chapeaux, sans jupe; la nuit elle déménage son mobilier, s'agite, s'enfuit et cherche à se défendre contre les cambrioleurs. Bientôt surviennent des périodes d'excitation au cours desquelles elle brise tout ce qui lui tombe sous la main.

La situation devient intolérable et les enfants de la malade la conduisent dans une maison de retraite d'où elle s'évade aussitôt. Elle erre sur la voie publique, ne tarde pas à attirer l'attention des agents, on l'envoie à l'infirmerie spéciale et de là dans une maison de santé des environs de Paris.

Etat actuel. — C'est une démente en plein affaiblissement intellectuel. Inconsciente de sa situation, désorientation complète, gros troubles de la mémoire, impossibilité de donner un renseignement, logorrhée incessante, discours décousus, abondants, variés, associations rapides suivant les sollicitations de l'ambiance, tel est en résumé le tableau clinique. Elle peut néanmoins indiquer son nom, le nombre de ses enfants, sa situation sociale, on retrouve chez elle des vestiges de belles manières, d'exquise politesse lorsqu'elle est calme, mais au cours de ses périodes d'excitation, elle accable l'entourage de grossièretés sans nom.

L'affaiblissement intellectuel présente des caractères spéciaux : déso-

(1) DUPRÉ et René CHARPENTIER. Des psychopolynévrites chroniques. *Encéphale*, avril 1908. — Psychopolynévrite chronique et démence, *Encéphale*, février 1909.

rientation dans le temps et dans l'espace, fabulation et fausses reconnaissances, troubles mnésiques portant sur toutes les formes de la mémoire, mais surtout et d'une façon frappante sur la *mémoire de fixation,* et enfin excitation psychique avec bavardage incessant.

Ces troubles de la mémoire sont bien établis par les renseignements donnés par l'entourage de la malade et par l'examen direct : ainsi, la malade payait plusieurs fois la même note, mangeait plusieurs fois de suite dans divers restaurants, demandait des nouvelles de parents morts depuis longtemps, s'écrivait à elle-même des lettres, reconnaissait dans la rue, la veille de son internement, un jeune homme qu'elle prenait pour un grand artiste lyrique qu'elle avait connu autrefois.

La conversation suivante donnera une idée des troubles mnésiques et de l'incohérence des propos dus à l'impossibilité de fixer les questions posées :

D. — Qu'avez-vous fait hier ? (jour de son internement).
R. — Je ne sais pas si c'est hier que vous êtes venu dans la maison à côté, dans tous les cas, c'était une dépendance.
D. — Qu'avez-vous fait la semaine dernière ?
R. — J'ai été dans les endroits dépendant des personnes employées et on aurait pu voir un grand tas de chiens qui ne sont pas ici ?
D. — Où êtes-vous ici ?
R. — A Lyon.
D. — Votre âge ?
R. — J'ai plus de 48 ans, 49 ans, entre 50 et 48 ans... cela peut être cela.
D. — Votre nom ?
R. — Madame de...... (exact).
D. — Votre profession ?
R. — Musicienne, à part cela, je n'ai pas d'autre métier.
D. — Etes-vous riche ?
R. — Oui.
D. — Quel est votre avoir ?
R. — *(La malade reste un moment sans répondre, oublie la question et dit) :* je n'ai pas plus de 40 à 50 ans. C'est une affaire juste, je ne peux pas dire que j'ai plus de 50 ans.
D. — Et votre mari ?
R. — Il est dans l'Eternité.
D. — Croyez-vous en Dieu ?
R. — Oui.
D. — Votre religion ?
R. — Je suis une bonne catholique.
D. — Avez-vous des ennemis ?
R. — Je ne sais pas.
D. — Retenez bien ce chiffre 4.
R. — Oui, 4.
D. — Que faisiez-vous hier ?
R. — J'étais sur une montagne où il y avait plein de monde, des sœurs...

D. — Quel chiffre vous ai-je demandé ?
R. — ... Je ne sais pas.
D. — 4×4 ?
R. — 16.
D. — $5-3$?
R. — 7.
D. — 6×6 ?
R. — ...
D. — 9×9 ?
R. — ...
D. — $5+5$?
R. — 10.
D. — Avez-vous entendu parler de l'affaire Dreyfus ?
R. — C'était un gaillard qui n'était pas un homme de la société, il voulait aller d'un point à un autre pour se faire bien venir... je pense qu'il y avait quelque chose dans ce genre.
D. — Et Louis-Philippe ?
R. — Il a été le compagnon de bien des personnes qui sont ici.
D. — Sous quel règne êtes-vous née ?
R. — Je ne sais pas trop à quelle date cela peut remonter.
D. — Voulez-vous vous remarier ?
R. — Je n'ai aucun désir de cela, je suis assez vieille pour avoir le bon sens de rester tranquille.
D. — A qui appartient la maison où vous êtes en ce moment ?
R. — Elle appartient à une personne accrochée à moi et à ces gens-là *(elle montre les infirmières).*

En résumé, grosses lacunes dans sa mémoire, impossibilité de fixer une notion. Elle donne des noms aux infirmières qui l'entourent, les accuse de toutes sortes de méfaits, reconnaît dans le médecin qui l'examine un neveu.

En dehors de ses périodes d'excitation, elle est indifférente, apathique et se laisse conduire facilement. Aucune idée délirante saisissable.

L'examen physique met en lumière à côté des signes de sénilité, à côté de la paresse des pupilles à la lumière, à côté de la parésie musculaire diffuse et du tremblement des extrémités, à la *polynévrite* des membres inférieurs : amaigrissement des masses musculaires des mollets, douleurs violentes qui arrachent des cris à la malade à la malaxation des jambes. Abolition complète des réflexes tendineux, troubles trophiques nombreux : varicosités, ongles déformés, hypertrophiés, desquamation des orteils.

Antécédents personnels. — Cette malade a toujours été d'un caractère fantasque et elle a toujours donné à son entourage l'impression d'une déséquilibrée. A part une rougeole, vers quatre ans, on ne trouve chez elle aucune maladie grave. De même il n'a été possible de retrouver le souvenir d'accidents korsakowiens aigus ou subaigus. Ce qui est certain, d'après les renseignements fournis par les proches, ce sont les habitudes alcooliques que Mme M... avait contractées dès sa jeunesse. Elle s'enivrait souvent avec du vin blanc et entrait alors dans des états d'excitation au cours desquels elle se livrait à une conduite désordonnée.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère de la malade sont morts de vieillesse sans avoir présenté des troubles psychiques. Une fille internée.

La polynévrite qui accompagne si souvent la presbyophrenie est exceptionnelle dans les autres formes de démence, dans les démences séniles, par exemple ; on sait, au contraire, que chez les vieilles femmes alcooliques il est rare de constater l'absence des réflexes, ceux-ci sont de règles conservés et souvent même un peu vifs. Nous avons toujours vainement recherché chez ces malades, l'absence de la réflectivité tendineuse et les autres signes de polynévrite.

Il ne nous a pas été donné de saisir les différences cliniques qui séparent selon Kräpelin (1), les alcooliques korsakowiens des presbyophréniques ; nous avons noté, au contraire, chez notre malade avec l'obtusion et l'indifférence des psycho-polynévritiques, l'agitation, le bavardage et l'état de satisfaction niaise et vide d'idées des presbyophréniques.

Aussi ne croyons-nous pas après M. Dupré qu'il faille opposer à la presbyophrénie la psychopolynévrite chronique, syndrome cliniquement semblabe, fait de confusion, d'onirisme, d'affaiblissement psychique et lié très souvent à des signes de polynévrite que l'on ne devrait jamais omettre de rechercher, surtout si l'on soupçonne l'intoxication alcoolique ; accidents qui sont tantôt les sequelles d'une psycho-polynévrite aiguë ou subaiguë ancienne, tantôt le développement insidieux et progressif d'emblée d'une psycho-polynévrite chronique.

Les délires d'imagination

par les D[rs] Dupré et Logre (de Paris)

Sous le nom de délires d'imagination, nous désignons des délires intéressant, d'une manière élective, l'imagination, non seulement reproductrice, mais créatrice. On sait que cette activité créatrice résulte de l'association spontanée des images et des idées, aboutissant à ses combinaisons nouvelles. Ces combinaisons, plus ou moins adéquates à la réalité, présentent des produits subjectifs, autogènes, de l'esprit, des synthèses originales, dont l'orientation exprime les tendances personnelles du sujet, et dont la complexité est proportionnelle à l'abondance et à la mobilité des matériauv psychiques.

---

(1) Kraepelin. *Lehrbruch der Psychiatrie II.* Leipzig 1904.

En fait, on pourrait montrer que l'imagination prend part à la formation de tous les délires même des éléments fictifs, ajoutés à la réalité et qui constituent la création personnelle du sujet. Mais si l'on envisage le mode d'éclosion du délire, on reconnaît que, selon les cas, l'erreur s'impose à l'esprit, soit à la suite de perceptions ou de raisonnements pathologiques, soit en vertu d'un processus immédiatement et entièrement imaginatif. C'est cette différence de mécanisme dans la formation du délire qui permet de décrire à part, à côté des délires hallucinatoires et des délires interprétatifs, les délires d'imagination.

Une comparaison entre les diverses variétés de délires fera mieux saisir ce qu'il convient d'entendre par délires d'imagination.

Dans les délires *hallucinatoires* proprement dits, tels que le délire alcoolique, le trouble prépondérent est un trouble de la *perception*. La perception s'exerce, en quelque sorte, à vide. Le sujet accepte, en tant que perception, avec croyance, à l'extériorité des impressions en réalités purement subjectives. En pareil cas, le trouble de perception une fois posé, le délire en découle directement par voie de *constatation immédiate*. Pour expliquer, sinon l'essence même, du moins la formule du délire, il n'est pas nécessaire de faire intervenir d'autres troubles du raisonnement et de l'imagination que ceux qui peuvent être enfermés dans l'acte synthétique de la perception.

Le délire *d'interprétation* suppose un trouble localisé, en quelque sorte, à une étape plus avancée des opérations mentales progressives qui s'échelonnent depuis la perception simple jusqu'aux états de croyance et de certitude les plus complexes. L'erreur de l'halluciné était d'ordre perceptif : elle portait sur la première des opérations de la connaissance. Chez l'interprêtant, au contraire, la perception est exacte ; l'esprit du malade reste ouvert sur le monde extérieur. L'observation des faits lui est possible et il s'y complaît. Mais, dès qu'il s'agit d'interprêter ces faits, d'étudier leurs rapports, d'établir leur signification conformément aux principes de la logique alors la déviation apparaît. La dialectique du sujet n'est nullement diminuée dans son activité ; elle est pervertie dans sa qualité. Il s'agit d'un état, non de débilité mais de déséquilibre des facultés logiques. De même que l'halluciné était atteint, à certains égards, de suractivité sensorielle, l'interprétant est, pareillement, atteint de suractivité logique : il se montre non seulement grand observateur, mais grand raisonneur ; il a le besoin de la démonstration, le souci de l'enchaînement logique des idées, et pousse à l'excès l'art des conclusions subtiles. Il procède par perpétuelle induction ou déduction, en un mot, par *inférence*.

L'*imaginatif* montre un égal dédain des constatations sensorielles et des propositions logiques. En dehors de toute expérience et de

tout raisonnement, l'idée excluse dans son esprit aboutit directement à la croyance. Il procède par intuition, par invention, par *auto-suggestion*. Le point de départ de son erreur n'est pas la notion d'un fait extérieur, exact ou inexact, source d'un raisonnement incorrect, ou résultat d'une perception fausse, mais une fiction d'origine endogène, une création subjective. Le malade réalise d'emblée ses associations d'idées. L'interprétant procédait en savant, l'imaginatif procède en poète. Le délire imaginatif, il est vrai, se développe fréquemment à l'occasion et sous la sollicitation de faits extérieurs; mais alors l'idée pathologique n'est pas conçue comme le résultat nécessaire, comme la conséquence logique du fait observé. Elle n'est pas extraite de l'expérience par voie d'induction ou de déduction; elle est improvisée par l'activité créatrice du sujet. Le roman s'ajoute à l'observation des faits, il n'y est pas contenu comme la conclusion est contenue dans les prémisses et la réalité ne fournit à l'esprit que le thème sur lequel l'imagination exécute, à sa guise, des variations plus ou moins fantaisistes, et entièrement personnelles.. Même lorsque l'imaginatif fait appel aux ressources de la perception et du raisonnement, c'est à titre accessoire et épisodique: il ne considère pas ces données comme les éléments nécessaires de son système. Le fondement de la croyance est chez lui tout différent: tandis que chez l'halluciné ou l'interprétant, la croyance ne peut naître et se développer sans l'intermédiaire obligé des données sensorielles et logiques, chez l'imaginatif, la croyance surgit d'emblée et sans contrôle. A la pratique de l'observation et du raisonnement se substituent le libre jeu des associations d'idées, l'habitude des intuitions directes et le besoin de l'évidence immédiate.

Il est bien entendu d'ailleurs que cette distinction entre les délires hallucinatoire, interprétatif et imaginatif, que nous venons de faire pour les besoins de l'exposition est une distinction artificielle et schématique. Entre ces délires, il existe, en fait, un grand nombre d'éléments communs et de termes de transition; et, d'autre part, les associations les plus diverses et parfois les plus complexes sont, non seulement possibles, mais encore fréquentes.

Quelle que soit sa forme, le délire une fois éclos, ne cesse de s'entretenir et de s'accroître selon le mécanisme psychologique qui a présidé à son apparition. L'interprétant consolide continuellement son système à l'aide des faits et des relations qu'il observe; l'imaginatif enrichit sans trêve son roman de fables qu'il invente. Le diagnostic clinique de délire imaginatif a précisément pour repère décisif, pour critérum, la constatation immédiate de la création imaginative sous la forme de la *fabulation extemporanée (plözliche fabulation* de Bonhoeffer), qui permet de saisir, pour ainsi dire, en flagrant délit, le processus caractéristique du délire d'imagination.

La tendance à l'altération de la vérité, au mensonge et à la fabulation, que l'un de nous à désignée sous le nom de mythomanie représente le terrain de déséquilibre imaginatif sur lequel se développe électivement le délire d'imagination.

Le mythomane, en même temps que menteur, est, d'ordinaire, crédule. L'altération de la notion de la vérité, qui se trouve à l'origine de la mythomanie, peut être non seulement volontaire et consciente, mais encore involontaire et inconsciente. Dans ce dernier cas, il s'agit d'une erreur d'imagination ; mais dès que, chez le déséquilibré, l'erreur d'imagination se transforme en délire d'imagination, c'est-à-dire quand le sujet passe d'une conception fausse ou fantaisiste isolée (1), à l'édification d'un ensemble de croyances systématique et durable, alors la frontière qui sépare le normal du pathologique est franchie et le malade entre dans l'aliénation. Et ce délire n'est le plus souvent que l'exagération de l'état mythopathique constitutionnelle du sujet.

Le délire d'imagination peut se rencontrer, soit *à l'état relativement isolé,* comme une forme particulière des délires de persécution, d'hypochondrie, etc., et surtout de grandeur, soit à *titre de syndrôme associé,* et plus ou moins contingent, au cours des psychopathies les plus diverses.

Le délire d'imagination, en tant que forme clinique nettement isolée, pure de tout élément symptômatique étranger, est, plus encore peut-être que les délires hallucinatoire et interprétatif d'observation clinique assez rare. Très fréquemment au délire imaginatif s'ajoutent quelques épisodes hallucinatoires ou des tendances, plus ou moins marquées, à l'interprétation. En effet, pour ajouter foi, directement, par auto-suggestion, aux idées spontanément apparues dans la conscience, et pour conserver et organiser cette croyance au point de constituer un délire véritable, dénué de tout semblant de vérification objective, il faut un manque de critique notoire, une infériorité du contrôle intellectuel très accusée. En fait, lorsque le sujet présente un délire d'imagination cohérent et durable, la fabulation se complique et se renforce presque toujours d'illusions, d'interprétations ou de représentations mentales vives. Bref, toute l'activité psychique est intéressée dans le processus morbide. En clinique, on observe beaucoup plus fréquemment que le délire d'imagination, la fabulation simple (2), c'est-à-dire l'affirmation, dans le passé, le présent ou l'avenir, d'événements fictifs et de situations chimériques, le récit de romans et d'aventures. On constate d'ailleurs

(1) Cf. Miss Frantz Muller. Quelques faits d'imagination créatrice subconsciente. (*Archives de Psychologie*, juin 1905.)

(2) A. Pick. Zur Psychologie der Confabulation 8. p. ext. *Neur. Centralbl.*, 1905, n° 11.

toutes les transitions entre cette fabulation épisodique, variable dans son contenu, et le délire d'imagination systématisé.

Une autre cause contribue à diminuer la fréquence du délire imaginatif : c'est l'interrogatoire du malade par le médecin. Tel malade qui, spontanément se contenterait d'affirmer son délire comme une intuition directe de sa conscience et qui n'est pas, en réalité, un raisonneur d'habitude, mais un raisonnenr d'occasion, prend, au contraire, les apparences d'un interprétant, lorsque, pour répondre aux questions et aux objections de son interlocuteur, il cherche à justifier en fait et en raison son système délirant. Il y aurait, sans doute, moins d'interprétants et plus d'imaginatfs si le médecin ne pratiquait jamais qu'un minimum indispensable d'interrogatoire et laissait le malade entièrement libre de révéler, par ses propos, le cours naturel de sa pensée et le mécanisme de son délire. Il en est, à certains égards, du délire d'interprétation comme de l'hystérie : dans bien des cas, il semble dû, au moins pour une large part, à la collaboration du malade et du médecin.

Isolé, le délire d'imagination se rencontre, dans la majorité des cas, chez les débiles. *Associé*, il s'observe de préférence chez les confus et chez les déments.

Fréquemment, les *bouffées délirantes* des débiles (1), revêtent la forme du délire d'imagination. Il s'agit ordinairement d'idées de persécution ou d'hypocondrie, et le plus souvent encore, de *grandeur*. Ces délires niais, puérils, absurdes, simulent parfois à s'y méprendre ceux de la paralysie générale ; ils sont systématisés, polymorphes, souvent très pauvres en éléments hallucinatoires et interprétatifs.

On peut voir les délires d'imagination s'organiser plus complètement, se fixer, évoluer vers la chronicité, en s'enrichissant chaque jour d'une quantité parfois énorme de fables nouvelles. Mais, en pareil cas, il est rare que le sujet soit entièrement inconscient de sa fabulation. Le malade joint le mensonge à l'erreur involontaire. Il représente alors, le plus complètement, le type du mythomane, dont la constitution antérieure s'est exagérée jusqu'au délire. Un certain nombre de persécuteurs familiaux et filiaux, de grands personnages imaginaires, étudiés par MM. Sérieux et Capgras (2) peuvent être rangés dans cette catégorie.

C'est, en effet, surtout chez les mégalomanes (3), chez les réformateurs, chez les mystiques, etc., que de tels délires se manifestent.

---

(1) ARNAUD, in Gilbert Ballet. *Traité de Pathologie mentale*, p. 488, sqq. — GARNIER. La folie à Paris. — MAGNAN. Leçons cliniques.

(2) SÉRIEUX et CAPGRAS. *Le délire d'interprétation*, p. 161, et *Encephale*, 1910, n°s 2 et 4 : Les interprétateurs filiaux.

(3) C. ARNAUD, in GILBERT BALLET. *Traité de Pathologie mentale*, p. 508.

« L'imagination, disait Renan, est encore plus proche parente du désir que de la crainte ». Et, le désir aidant, le sujet invente abondamment, intarissablement, les circonstances les plus flatteuses pour son orgueil, des scènes de glorification et d'apothéose.

Il est un cas où le délire peut se systématiser plus fortement et avec plus d'apparence logique. C'est lorsque l'imagination du sujet aboutit à la création des faits extérieurs, d'œuvres qui constituent pour lui le témoignage irrécusable de sa grandeur et de son génie. Il y a, dès lors, justification objective du délire, et possibilité de systématisation logique autour d'un fait extérieur. C'est le cas, notamment, des Inventeurs (1). Ils conçoivent des élucubrations plus ou moins absurdes dont ils sont les premières dupes, et ces soi-disant inventions deviennent, pour eux, le fait objectif qui motive et légitime leurs prétentions. Dans cette situation pathologique complexe, où un produit de l'activité imaginative apparaît aux yeux du malade comme le fondement objectif d'une systématisation délirante, on constate un terme de passage, ou plutôt une combinaison entre les deux ordres d'activités délirantes, imaginative et interprétative. Souvent aussi ces malades deviennent, par une évolution classique, des méconnus, des revendicateurs et des persécuteurs.

Les délires d'imagination peuvent s'associer à un grand nombre de psychoses et de syndrômes.

Dans les *états d'excitation et de dépression,* la fabulation et le délire d'imagination ne sont pas rares. Sans doute, dans les états de dépression, l'activité créatrice est, le plus souvent, inhibée. Toutefois, chez certains déprimés *auto-accusateurs* (2), le roman pathologique témoigne d'une grande richesse imaginative et a pu parfois en imposer aux magistrats eux-mêmes. Les auto-accusations de ces malades, le récit de leurs fautes passées ou la description de leurs supplices futurs sont souvent remarquables par l'abondance et la précision des détails. La fabulation n'est alors que la projection immédiate, au dehors, d'un état affectif. En somme, la plupart du temps, le délire mélancolique représente un délire d'imagination, comportant le maximum de croyance et de sincérité de la part du malade, et dans la genèse duquel n'intervient souvent qu'un minimum d'éléments de perception ou de raisonnement. L'un de nous (3) disait, à propos de la pathogénie du délire mélancolique, que « tandis que, chez l'individu normal, c'est la faute qui engendre le remords, chez le mélancolique, c'est l'état d'esprit de remords qui engendre l'idée de la faute ». C'est la mise en jeu directe de

---

(1) Délire des Inventeurs : Thèse de DELARRAS, Bordeaux 1903, et : Les Inventeurs : Thèse de GÉNIÈS, Bordeaux 1908.

(2) DUPRÉ. Les auto-accusateurs, Grenoble 1902.

(3) DUPRÉ. Les auto-accusateurs.

l'imagination créatrice par le trouble du sentiment qui réalise cette genèse de l'idée d'auto-accusation.

Dans les états de grande *agitation maniaque,* ou bien l'accélération et le désordre des processus psychiques sont intenses, et alors la suite des images et l'enchaînement des idées sont trop troublés pour permettre l'édification d'un délire ; ou bien, au contraire, dans les états *hypomaniaques,* l'excitation psychique est compatible avec la sériation logique des éléments de l'activité intellectuelle, et alors on peut, chez certains individus, observer une forme imaginative de l'hypomanie, dans laquelle l'effervescence des idées se manifeste par le débit de fables et l'invention de romans plus ou moins riches et bien agencés. Il s'agit alors, le plus souvent, comme l'ont judicieusement indiqué MM. Deny et Camus (1), de mythomanes dont les aptitudes constitutionnelles sont mises en jeu par la manie intercurrente.

De même, dans certains *états d'excitation ébrieuse,* que l'ivresse soit due à l'alcool, au haschich, à l'opium etc., la suractivité intellectuelle favorise, chez le prédisposé, la manifestation des processus mythopathiques, le plus souvent d'ordre mégalomaniaque.

Dans les états si variés et si complexes que l'on désigne sous le nom de *confusion mentale,* l'onirisme est d'ordre hallucinatoire, non proprement imaginatif. Aussi, est-ce surtout dans les cas de *confusion légère,* tendant ou non à la chronicité, que la fabulation se donne libre cours. L'éthylique subaigu ne fabule pas, il rêve. Mais, si l'état morbide, à son déclin ou d'emblée se traduit par le syndrôme de Korsakoff, alors, la confusion étant d'ordinaire moins aiguë et moins profonde, l'automatisme mental peut aboutir à la *fabulation;* ainsi s'élabore, dans certains cas, un véritable *délire d'imagination post-onirique.* L'activité créatrice du sujet reprend en l'enrichissant les éléments du délire toxique, ou construit de toutes pièces un délire nouveau. La *rêverie fabulante* a fait suite, par la dégradation progressive et naturelle, *au rêve hallucinatoire.* Et il est souvent très difficile de faire la distinction, dans le tableau clinique, entre les éléments du délire hallucinatoire antérieur et du délire imaginatif actuel. Il arrive aussi fréquemment que, chez ces malades, l'idée délirante imaginative s'installe d'emblée, sans onirisme préalable : la rêverie fabulante n'a pas été précédée de rêve hallucinatoire. Ces cas, trop souvent confondus avec le délire post-onirique, relèvent uniquement du délire d'imagination (2). Même lorsque le malade paraît, avec le plus de netteté

(1) DENY et CAMUS. Folie maniaque-dépressive.

(2) RÉGIS. *Manuel de Psychiatrie.* KLIPPEL et TRÉNAUNAY. *Revue de Psychiatrie,* 1900 et 1901.

raconter le souvenir d'un rêve, il est parfois possible, par l'étude attentive et continue des accidents, surtout si on les observe à leur début, de s'assurer que, ni au moment où le sujet reporte dans le passé la scène fantastique, ni à aucun autre moment, *il n'a pu rêver* les péripéties de son délire : il les improvise entièrement, au cours et, souvent aussi, sous la suggestion de l'interrogatoire (1).

Parmi les *démences,* ce sont surtout les démences avec euphorie et excitation intellectuelle plus ou moins accusée qui favorisent l'éclosion des délires d'imagination. Dans la *démence sénile,* qui s'accompagne assez fréquemment d'un léger degré d'euphorie, on peut voir se révéler un état mythopathique, souvent constitutionnel, qui marque, par certains côtés, un retour de l'imagination aux conditions psychologiques de l'enfance. La trame de la fabulation est, d'ordinaire, formée essentiellement par les souvenirs anciens, les mieux conservés. Il s'agit de *fabulation paramnésique.* C'est ce syndrôme de la fabulation relié à l'amnésie de fixation, syndrôme commun aux confusionnels et démentiels, qui confère à la *presbyophrénie* de Kahlbaum, son principal intérêt nosologique et clinique.

Dans les lésions organiques du cerveau, ramollissements, tumeurs, abcès, dans certaines lésions médullaires, telles que la syringomyélie (2), des troubles de l'imagination peuvent se manifester : ils se caractérisent souvent par les symptômes de l'état mental particulier que l'un de nous a décrit sous le nom de *puérilisme mental.*

Dans la *paralysie générale,* le pouvoir de contrôle est réduit au minimum. Par contre, l'exaltation des processus imaginatifs est portée à son comble. Il en résulte une fabulation désordonnée et fantastique, énorme, poussée jusqu'à l'impossible, jusqu'à l'absurde. Et, ce que cette fabulation gagne en exubérance, elle le perd en systématisation : elle est d'ordinaire complètement dénuée d'enchaînement et de cohérence. C'est seulement dans la *période prodromique* de la maladie que la fabulation peut comporter assez de suite et de tenue pour aboutir à l'élaboration d'un véritable délire imaginatif. La plupart des délires de persécution, d'hypocondrie et surtout de grandeur, chez le paralytique général, résultent de la mise en branle de l'imagination. C'est ce que montre la conversation avec les paralytiques généraux dont on peut souvent, à volonté, provoquer, orienter et modifier le délire. Ici, comme toujours, la suggestibilité du sujet va de pair avec ses aptitudes mythopathiques.

De même, dans certains cas de *délire polymorphe chronique, à*

---

(1) Voir, à ce sujet, les observations d'auto-accusation chez les alcooliques dans : DUPRÉ, *Les Auto-accusateurs,* p. 66, s.q.q. et notamment p. 79.

(2) LHERMITTE et GIUCCIONE. De quelques symptômes et lésions rares dans la syringomyélie. (*Encéphale,* 1910, n° 3.)

évolution démentielle, présentant d'ailleurs d'étroites affinités avec les délires des débiles, on peut rencontrer des délires d'imagination; et, à une période avancée de la maladie, quand on ne distingue plus que des lambeaux d'idées délirantes, le diagnostic est parfois délicat entre une fabulation véritable, d'expression contournée et bizarre, et le wortsalat proprement dit. On peut observer, en pareil cas, une période de transition, où l'imagination des idées se rétrécit peu à peu et disparaît pour faire place uniquement à l'imagination des mots.

Il est un syndrôme qui entretient avec les faits dont nous nous occupons les relations les plus étroites: c'est *l'hystérie*. L'hystérie, qui relève de l'hétéro et aussi de l'auto-suggestion, c'est-à-dire de l'imagination, est d'essence mythopathique (1). Comme chez le mythomane, la crédulité et le mensonge voisinent intimement chez l'hystérique et s'emmêlent en un complexus souvent inextricable. Quand la mythomanie se manifeste dans *l'ordre des faits pathologiques,* quand le sujet s'auto-suggère des maladies qu'il n'a pas en réalité, mais dont, par l'effet de l'imagination créatrice objectivée, il arrive à reproduire, dans la mesure du possible, les symptômes extérieurs, somatiques, alors l'hystérie est constituée. De ce point de vue, on peut définir l'hystérie: la *mythomanie des syndrômes pathologiques*. Cette fabulation de symptômes peut être consciente, et c'est la simulation, ou inconciente, et l'hystérie représente alors un véritable délire d'imagination.

Dans l'ordre des syndrômes pathologiques, qui constituent le domaine propre de l'hystérie, le délire d'imagination jouit, en quelque sorte, d'une situation privilégiée: *l'objet de la fabulation est le sujet lui-même,* et celui-ci peut, en même temps qu'il imagine les symptômes, les réaliser directement sur sa personne, et avec son corps; selon le processus psycho-somatique d'extériorisation sur lequel Ribot a insisté dans son étude sur l'imagination créatrice, il peut se composer, à son gré, consciemment, les attitudes pathologiques objectives en rapport avec les représentations mentales qui ont frappé son esprit, et qui, surtout, lui paraissent de nature à impressionner l'imagination d'autrui. L'un de nous à déjà insisté sur le *pouvoir psycho-plastique* qui est un des traits caractéristiques de l'hystérie (2).

De ces faits, il convient de rapprocher le vaste chapitre des *folies collectives,* où l'imagination joue un rôle capital et constant.

Tels sont, brièvement résumés, les principaux syndrômes dans

---

(1) Voir HARTENBERG. *L'hystérie et les hystériques.*—
(2) DUPRÉ. *Mythomanie.*

lesquels se manifeste, à un degré plus ou moins prépondérant, le délire d'imagination.

Est-ce que ce délire, lorsqu'il s'isole avec une netteté suffisante, peut prétendre à constituer une entité clinique légitime ? Nous ne le croyons pas. Qu'il s'agisse de délire hallucinatoire, de délire d'interprétation, de délire d'imagination, les troubles observés, dans ces différents ordres d'activité psychique, ne représentent nullement l'essence même du délire. Si le malade perçoit à faux, interprête à faux, imagine à faux, c'est en vertu d'une partialité évidente. C'est dominé par son anxiété, sa méfiance ou son orgueil, c'est sous l'influence du sentiment qui l'aveugle que le malade perd la notion du réel, au point de devenir pour son entourage un étranger, un aliéné. Bref, ce sont les *troubles de l'affectivité* qui figurent à l'origine de tous ces délires. Et, si la perception, le raisonnement, l'imagination sont, dans un cas donné, sollicités d'une manière prépondérante, et parfois exclusive, par le processus morbide, c'est que la fonction atteinte représente, chez le sujet considéré, le mécanisme de moindre résistance dont le sentiment a, en quelque sorte, faussé les rouages pour imposer l'erreur à l'esprit .Il peut y avoir des délires d'orgueil, de méfiance, etc. Il n'y a pas, à proprement parler, de délire d'imagination existant à l'état d'entité clinique.

Mais, qu'un mécanisme intellectuel déterminé contribue électivement à la formation d'un délire, toujours foncièrement affectif, c'est là un fait qui peut présenter une haute importance clinique. Cette *différence de réaction* spécifie, en effet, une *différence de terrain*. Et, si le mécanisme du délire ne suffit pas à définir une entité morbide ,il peut, par contre, suffire à individualiser une *forme clinique*.

Selon que, dans un cas donné, tel ou tel déséquilibre, celui du raisonnement ou de l'imagination, par exemple, est plus particulièrement en jeu, on conçoit qu'il en résulte de notables différences dans la formule, l'évolution, les conséquences médico-légales et même la thérapeutique du délire.

Tandis que, le délire d'interprétation formé grâce à la complicité de l'activité raisonnante présente ordinairement les caractères de stabilité, de précision, de limitation, de systématisation, qui sont propres à l'exercice des facultés logiques, les délires d'imagination sont, au contraire, dans leur formule, le plus souvent variables et polymorphes, mal systématisés ; ils sont, dans leur évolution, moins réguliers, et parfois aussi moins tenaces : le délire se développe avec plus de liberté et de fantaisie, au gré de l'inspiration du moment, au lieu de s'ordonner avec la rigueur et la fixité d'une construction logique. Les réactions médico-légales sont d'ordinaire moins fécondes en tentatives dangereuses, méditées et préparées de longue date, telles qu'on les observe si fréquemment au cours du délire d'interprétation. L'imaginatif est, en général, moins dangereux par

ses actes que par ses paroles, moins redoutables par ses violences que par son faux témoignage. En thérapeutique, enfin, la suggestibilité habituelle du sujet porte en elle-même, dans une certaine mesure, son propre remède, et la persuasion peut tenter, parfois efficacement, de combattre les effets de l'auto-suggestion.

Comparé, dans sa signification nosologique, au délire d'interprétation, le mode d'activité délirante de l'imaginatif semble répondre à une moins grande validité cérébrale, à plus de faiblesse constitutionnelle ou acquise. Aussi l'observe-t-on de préférence, chez les débiles et chez les déments.

Enfin, un caractère commun à presque tous les délires d'imagination, surtout lorsqu'ils ne relèvent pas d'un precessus démentiel, est de présenter un mélange assez déconcertant de sincérité et de simulation, de naïveté et de duplicité, qui spécifie bien le terrain mythopathique, sur lequel ont évolué les troubles psychiques. Le délire d'imagination n'étant, d'ordinaire, que l'exagération pathologique de la mythomanie constitutionnelle, peut encore être désigné, pour ce motif, sous le nom de *mythomanie délirante*.

Les aphronies et les aphroniques

Essai de psycho-pathologie du jugement

par le Dr Berillon (de Paris)

L'aphronie (de α privatif et φρονειν avoir du jugement) est un terme par lequel je propose de désigner les troubles psychologiques liés à l'insuffisance du pouvoir de synthèse mentale.

Il n'est pas rare de rencontrer le syndrôme aphronie chez des sujets bien doués au point de vue des autres fonctions mentales.

Les pédagogues ont souvent l'occasion de constater que chez les enfants, il n'y a pas de parallélisme dans le développement des facultés intellectuelles.

Certains, peu avancés dans leurs études, font preuve, au contraire, d'une grande précocité dans l'apparition du jugement.

D'autres, quoique doués d'une vive imagination, et présentant de grandes facultés de s'instruire, demeurent légers, inconséquents, incapables de profiter des leçons de l'expérience.

Livrés à eux-mêmes, ces derniers accomplissent des actes irréfléchis, en opposition avec les règles élémentaires de la prudence et du bon sens. Ce sont ces derniers que, par opposition aux arriérés de l'intelligence, je désigne sous le nom d'arriérés du jugement.

Parmi les causes principales qui peuvent soit retarder l'apparition du jugement, soit en arrêter le développement, il faut noter:

1° La dégénérescence héréditaire :

2° Les arrêts dans l'évolution dépendant d'affections intercurrentes ;

3° Les tendances sentimentales de l'éducation moderne ;

4° Les influences déformantes du milieu familial ;

5° Le surmenage scolaire ;

6° Une tendance naturelle à l'éparpillement mental.

Les caractères de l'aphronie sont absolument distincts de ceux de l'aboulie. Les aphroniques n'éprouvent aucune difficulté à la mise en jeu de l'activité volontaire.

C'est dans cette sphère des opérations syllogistiques qu'ils sont atteints. Ils ne raisonnent bien que quand ils y sont aidés par la collaboration d'autrui. Notre volonté, notre courage ne sont souvent que le reflet de la volonté d'un autre, dit excellemment William James. Cela est encore plus vrai du jugement.

Un aphronique peut présenter toutes les apparences d'un jugement normal et de l'aptitude à raisonner logiquement. A certains moments, il paraît apprécier sainement les conséquences de ses actes. Mais cela n'existe en réalité que quand il y est aidé. Dans le courant d'un entretien, d'un examen mental, d'un interrogatoire, on sera étonné de la valeur de ses réponses. Certains se demandent avec étonnement comment ce jeune homme qui raisonne d'une façon si juste a pu être considéré comme dépourvu de jugement.

Ils ne seront pas moins étonnés du désaccord qui existe entre les intentions exprimées, les promesses faites solennellement, avec l'accent de la sincérité la plus vive et les actes accomplis. C'est que les réponses de l'aphronique n'émanent pas directement de lui. Elles ne sont que l'écho des idées de celui qui poursuit l'interrogation. Sans s'en rendre compte l'interrogateur a guidé l'interrogé dans ses réponses, il l'incite à réfléchir, à se rendre compte de la valeur de ses actes. L'aphronique, lorsqu'il est sous la direction d'un guide sérieux cesse momentanément d'être aphronique. Il est comme le soldat qui se montre capable de toutes les prouesses quand il entraîné par la voix et par l'exemple de son chef et qui livré à lui-même est repris de toutes ses inquiétudes et de toutes ses indécisions.

An contraire, placé en contact avec d'autres individus dépourvus de discernement, l'aphronique ne fera plus preuve de la moindre réflexion. Il agira comme s'il était complètement privé de jugement. Qu'on ne vienne pas dire que cet aphronique est un débile mental, les faits seraient là pour vous contredire. Il donne au contraire souvent l'impression d'un être d'une vive intelligence.

Les succès scolaires, la vivacité de son imagination, le charme qui se dégage de sa personne font augurer pour lui les plus belles espérances. C'est dans les actes de la vie pratique que se révèle l'aphronie.

L'aphronie se révèle à des yeux attentifs dès la période scolaire. S'il est une formule souvent utilisée par les instituteurs et les professeurs, c'est la suivante: « Cet élève est très intelligent, mais il est totalement dépourvu de jugement ».

Jusqu'à aujourd'hui on a rangé sous le nom d'aboulies des états très différents, n'ayant pour trait commun que l'infériorité sociale dans laquelle ils placent ceux qui en étaient atteints. La notion nouvelle de l'aphronie permet de séparer des aboulies certaines dispositions mentales qui en diffèrent par des caractères très distincts. Le parallèle entre l'aboulie et l'aphronie permettra ces deux syndromes.

L'aboulie est un syndrôme qui consiste dans le ralentissement ou la suspension des actes intellectuels ou moteurs qui concourent à l'expression de la volonté. L'aboulie se révèle dans certains cas par l'irrésolution, dans d'autres par de l'impuissance motrice à agir.

L'aphronie caractérise l'état de ceux qui, s'ils n'éprouvent aucune difficulté ni aucune hésitation à agir, témoignent dans leurs résolutions et dans leurs actes d'un manque de sens pratique lié au défaut d'aptitude à apprécier sainement la valeur des choses.

Chacun de ces mots correspond à une disposition mentale particulière: tandis que l'aboulique est atteint dans l'exercice de sa volonté, c'est au contraire dans le domaine du jugement que se trouve l'infériorité de l'aphronique. Le premier est frappé dans la faculté de se décider et d'agir, le second dans celle d'observer, d'apprécier et de juger.

La comparaison de ces deux états suffit pour convaincre de l'opposition de tendances qui les caractérisent.

Ainsi tandis que l'aboulique se rend un compte exact de l'infériorité sociale où le place la diminution ou l'absence de sa volonté, l'aphronique, lui, n'a aucune conscience de l'insuffisance de son jugement. L'aboulique, humilié par la constatation de son impuissance, s'en désole et incline vers la timidité et vers le découragement: par contre, l'aphronique se montre plein de confiance en luimême et toujours disposé, malgré les insuccès, à se lancer avec enthousiasme dans de nouvelles entreprises.

Une des principales raisons pour lesquelles l'aboulique n'arrive pas à se décider, tient à ce que ses intentions sont contrariées par des idées opposées. L'énergie du sujet s'épuise dans de stériles délibérations où sont minutieusement pesées le pour et le contre. La discussion qui s'établit entre ces idées antagonistes est interminable et n'aboutit pas à une conclusion.

L'aphronique ne perd pas son temps à délibérer et à discuter. Ayant à opter entre plusieurs partis, son choix est vite fait. A l'encontre de ce qui se passe chez l'aboulique, l'aphronique prend vite des décisions et il les met à exécution avec trop de rapidité.

En résumé on peut dire que si l'aboulique réfléchit trop, l'aphronique ne réfléchit pas assez.

Deux dispositions d'esprit expliquent la facilité avec laquelle l'aphronique se détermine à agir : 1° il n'envisage pas les conséquences de ses actes ; 2° il ne tient pas compte des enseignements de l'expérience ; d'une façon générale, l'excès de prudence, de prévoyance de l'aboulique lui inspirent la défiance, à l'égard des nouveautés ; de là sa propension à la routine, au misonéisme et aussi à l'économie. L'imprévoyance de l'aphronique l'entraîne vers des dispositions diamétralement opposées. Il se montre prodigue de son temps et de son argent et même de ses efforts. Les entreprises hasardeuses exercent sur lui les plus dangereuses tentations. Cela explique que la passion du jeu recrute ses adeptes les plus ardents chez les aphroniques.

Les préoccupations systématisées et les idées fixes sont fréquemment les conséquences de l'aboulie. L'aphronique essentiellement mobile est plutôt porté à gaspiller son attention sur les divers objets qui le sollicitent. Abordant sans transition les questions les plus diverses, il présente une tendance très marquée à l'éparpillement mental.

Enfin une différence non moins frappante permet de distinguer l'aboulique de l'aphronique. La docilité des abouliques, leur besoin de direction, leur désir d'être pilotés, inspirés, encouragés, voire même commandés, forme un frappant contraste avec l'indocilité des aphroniques, leur horreur de la discipline, leur dédain des conseils, leur esprit d'émancipation et de rébellion à l'égard des obligations familiales ou sociales. L'aventurier réalise le prototype de l'aphronique.

Leur apparence extérieure est aussi très différente. Tandis que l'aboulique donne l'impression d'un homme éteint, fatigué, l'aphronique se présente sous un aspect très différent. Un de ces sujets m'était décrit récemment de la façon suivant : « Beau parleur, homme d'extérieur, très séduisant, entichant facilement tout le monde. Aimant les plaisirs, gaspilleur d'argent. Pourvu que l'on s'amuse, tout lui est bon. Imprévoyant, n'ayant aucun souci du lendemain. Toujours prêt à se lancer dans des affaires hasardeuses. En somme dépourvu de sens pratique et de jugement. »

Beaucoup d'hommes très remarquables, par leur imprévoyance, leur insouciance, leur défaut de sens pratique, la mobilité de leurs impressions, les bizarreries de leur caractère, leurs contradictions et aussi la variété même de leurs conceptions, peuvent être considérés comme ayant présenté à un degré plus ou moins accentué les manifestations de l'aphronie. L'importance de leurs œuvres et l'effort consacré à leur élaboration exclut, au contraire, toute idée d'aboulie.

Malgré leur opposition les deux syndrômes aboulie et aphronie ne s'excluent pas d'une façon complète. J'ai observé des sujets chez lesquels ils existaient simultanément, mais il était toujours facile de déterminer ce qui était du ressort de chacun d'eux.

En faisant l'étude parallèle de l'aboulie et de l'aphronie, j'ai eu surtout pour but d'accentuer leurs différences et de démontrer qu'ils correspondent à deux dispositions mentales absolument distinctes.

Les procédés les plus efficaces pour le traitement des aphronies chez les jeunes sujets sont les suivants:

1° Placer l'enfant ou l'adolescent dans un milieu favorable au développement de l'esprit d'observation et de la réflexion.

2° S'assurer du fonctionnement normal des sens, les appréciations fausses étant souvent le résultat de perceptions sensorielles erronées ou incomplètes.

3° Cultiver l'aptitude à raisonner juste par des exercices spéciaux, des épreuves pratiques, des leçons de choses, des enseignements tirés de l'expériences.

4° Réaliser l'entraînement au travail manuel dont l'exécution initie aux difficultés de la vie pratique.

5° Réaliser l'éducation du caractère par la discipline des réflexes psychiques.

6° Recourir à la psychothérapie graphique, moyen de culture de l'attention et de l'application.

7° L'abstinence totale des boissons alcooliques; les doses les plus minimes d'alcool provoquent l'accentuation de l'aphronie.

Appliquer la suggestion hypnotique, dans le but de contrarier les tendances à l'éparpillement mental et à favoriser le monoïdéisme.

L'association de ces divers procédés exerce l'action la plus favorable et, en favorisant la maturité du jugement, permet dans un grand nombre de cas, d'obtenir l'adaptation des aphroniques aux exigences du milieu social.

PSYCHOLOGIE

A propos de la question de la localisation de la conscience centrale

Par LAD. HASKOVEC (de Prague).

Essayant d'expliquer la relation entre les états obsédants et idées fixes et les phénomènes morbides dans les maladies nerveuses fonc-

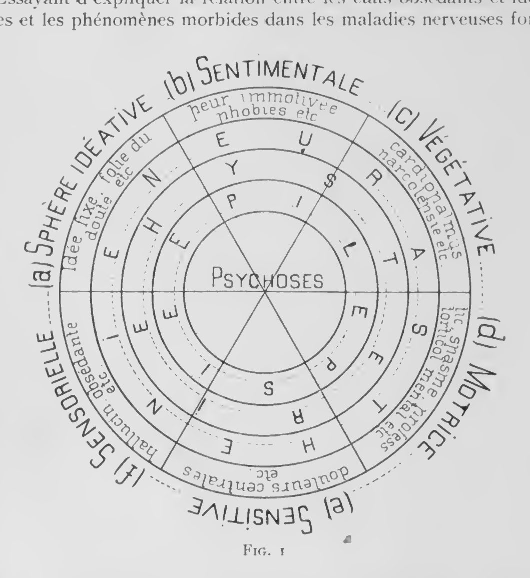


FIG. 1

J'ai fait figurer dans ce schéme parmi les états obsédants même quelques états morbides touchant la sphère motrice, sensitivo-sensorielle et végétative. La position des psychoses, dans le centre du cercle, indique que la conscience est lésée le plus profondément dans les psychoses. Le schème devait indiquer outre la possibilité d'une certaine autonomie ou indépendance des diverses sphères psycho-cérébrales dont il est question (voir le schème) aussi une liaison étroite entre la fonction psychique supérieure (conscience supérieure, centrale), entre le centre de la conscience supérieure et celle du système sympathique, à savoir une sorte de coordination du centre sympathique avec le centre de la conscience supérieure où l'on suppose qu'elle se projette toute la vie psychique et végétative et que nous venons d'appeler « centre de la conscience supérieure ou centrale ». Chaque sphère psycho-cérébrale citée possède sa propre conscience.

tionnelles (névrasthénie, hystérie, épilepsie et d'autres) et les psychoses d'une part, et d'autre, les phénomènes du sommeil normal, morbide et artificiel, j'ai construit un schème neuro-psychopathologique que j'ai publié dans le traité sur les idées obsédantes et sur la psychasthénie.

J'ai approfondi le dit schème de la localisation probable de la conscience centrale comme je l'ai indiqué l'année passée, dans une communication faite à l'occasion de la discussion sur le rôle des émotions dans l'étiologie des maladies nerveuses (Société de neurologie de Paris, 1909) (Tab. 2).

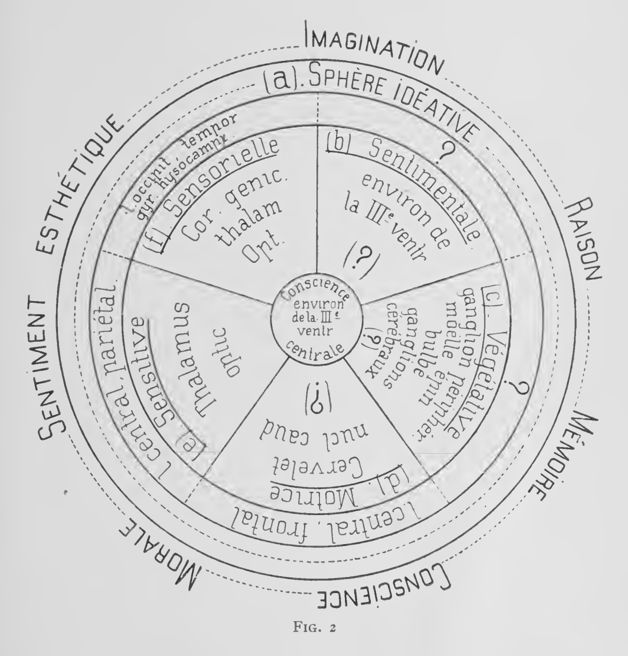


Fig. 2

En réfléchissant sur le problème de la localisation et de la fonction du cerveau en général, le but à atteindre des recherches biologiques, sans abandonner le terrain positif des études comparées anatomocliniques, on se heurte aux doctrines de la théorie de la descendante et même au problème de l'origine de l'homme.

Si l'on suit l'organisation du système nerveux des créatures, surtout du système psychonerveux, on remarque son évolution et la spécialisation lente fonctionnelle et morphologique avant de trouver la fonction et la structure complexe du système nerveux de l'homme comme cela se passe pour d'autres organes du corps humain.

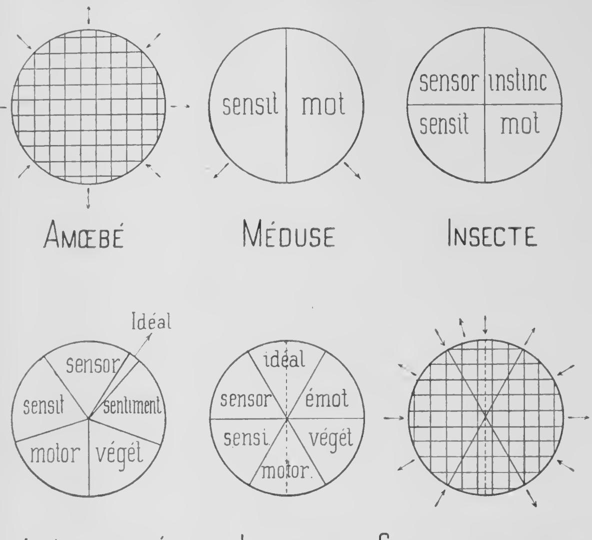


Fig. 3

Le problème de l'origine de l'homme en général et celui de son précurseur immédiat n'est point d'actualité à présent et ne peut nous intéresser de si près dans une étude sur le problème de la localisation et des fonctions du cerveau. Il ne nous importe non plus de chercher des raisons qui ont fait, dans l'évolution progressive des êtres, en rester à la méduse, au poisson, au chien, au singe, à savoir aux organisations nerveuses propres aux animaux susdits. De même, on met à part la question : l'homme d'aujourd'hui est-il le point culminant et un membre définitif et invariable dans le rang des êtres de la terre ? Peu nous importe aussi, pourquoi la matière douée des qualités de la matière vivante, a paru sur la terre et quand cela s'est produit.

Mais il est bien curieux de constater que l'homme admettait toujours à quelque époque qu'il ait réfléchi là-dessus, comme cela est indiqué déjà dans la Bible, une évolution lente et graduelle des êtres, depuis les inférieurs jusqu'aux supérieurs et, par là même, une continuation évolutive de tout ce qui vit sur terre, sans regarder de plus près les organisations psycho-nerveuses et sans se douter que son évolution ait été aussi lente et analogue à l'évolution des autres organes.

Et l'homme ne se trouve pas du tout, à ce point de vue, sur la ligne des créatures aussi éloignés du singe, du chien ou des autres être d'organisation inférieure qu'est le singe, le chien et d'autres animaux, du poisson, de la méduse, ou enfin des êtres d'organisation inférieure encore.

Mais si simple et si pauvre ou si compliquée et si différenciée pour les besoins d'un individu que soit l'organisation du système nerveux, c'est-à-dire quelle qu'elle soit vis à vis du milieu donné comme nécessaire à conserver son existence, dans toutes les phases de l'évolution des êtres et pour tout l'individu, on peut réduire et exprimer toute sorte de manifestation de la vie et celle d'organisation correspondante du système nerveux sur une base commune à toute la création, à savoir: *l'état de la conscience au sens le plus large du mot* (changements produits dans la composition de la matière) et *réaction* ». Voilà ce que l'on trouve dans la méduse aussi bien que dans l'homme. Si l'on conçoit l'état de la conscience comme un état déterminé dans les molécules cellulaires en général, on peut chercher la même base pour l'état de tranquillité et du mouvement réactif de l'amibe; enfin de la matière vive quoiqu'il lui manque un système nerveux distinct. Et tout dérive, tout émane, tout s'appuie, tout sort de la même base et tend vers les réactions les plus utiles pour l'individu : le mouvement réactif de l'amibe comme un mouvement, un mot ou une autre réaction psychique, la pensée, le sentiment de l'homme (1) (fig 3.)

Notre conscience supérieure ou centrale est analogue à la conscience de tous les autres êtres et de même à celle qui est absconse dans la semence dormant.

C'est ce qui est égal, en appelant les différentes sortes de réaction, tropisme, mouvement, sentiment ou pensée. Le système nerveux complexe de l'homme ne diffère au fond qu'en apparence de l'organe du système nerveux de l'autre, matière vivante et il est dû à la nécessité finale de différenciation dans laquelle la matière nerveuse a évolué. La faculté de la « conscience » et de la « mémoire » sont des qualités de la matière nerveuse comme la contractilité, celle de la musculaire, et l'élasticité, celle de la matière cartilagineuse.

La matière nerveuse sensitive réagit aux impulsions mécaniques, à celles de température, aux impulsions chimiques, électriques, elle saisit la lumière et les sons, elle s'accommode de telle sorte qu'elle

---

(1)C'est de ce point de vue, si l'on poursuit cette idée dans la nature, que se perdent les limites entre l'animal et la plante si l'on regarde le mouvement réactif de la feuille de la dionée comme un mouvement conscient, si l'on regarde la germination du grain comme le mouvement conscient de la matière vivante et si l'on prétend pour lui et non sans raison, un certain degré de conscience et, au figuré, même de la mémoire.

différencie même les sentiments et les perceptions de toucher, de douleur, de chaleur, d'humidité et il n'est pas impossible qu'à l'avenir encore d'autres facultés sensitives apparaîtront. On a eu besoin pour réagir et pour faire voir les réactions, d'un système moteur, sympathique et plus tard suivant le progrès de l'évolution, des organes d'une système idéatif (la mémoire, l'imagination, la réflexion).

L'individu agit alors indépendamment, il acquiert enfin la connaissance de lui-même. C'est alors que l'homme a trouvé et reconnu son idée grandiose et ses sentiments altruites.

En observant le système nerveux des différentes espèces d'êtres, on voit comme les fonctions spéciales se différencient et comme, morphologiquement, des formations nouvelles apparaissent. Il ne faut pas perdre l'espérance que même les fonctions psychiques supérieures illocalisées et prétendues illocalisables, et leur comble, « la conscience centrale », pourront un jour être localisées.

Il paraît presque inadmissible, il semble incroyable que le lieu que l'on croit le centre de toutes connaissances, le point de départ de la volonté, de la spontanéité, ne soit localisé et qu'il ne soit, comme on l'a cru jusqu'ici, qu'une émanation illocalisable de l'écorce cérébrale, formation fonctionnellement et même histologiquement variée et au point de vue d'évolution ultérieure ou postérieure.

Si l'on songe à la différenciation du cerveau, si fine et si ingénieusement adaptée à son but, comme cela apparaît dans les connaissances d'aujourd'ui, les connaissances sûres de localisation des fonctions motrices sensorielles, sensitives et végétatives, on prend l'idée que l'on devra localiser même « la conscience centrale » dans un lieu distinct. Il s'agit seulement de la question de savoir si l'on doit chercher ce lieu dans l'écorce même ou dans un autre endroit du cerveau.

Ce lieu préside, peut-être, même à l'époque embryonnaire, avant d'avoir le caractère du centre de la conscience centrale, à tout le développement de l'organisme. Il est vraiment très difficile d'imaginer, considérant la complexité des fonctions cérébrales, psychiques et nerveuses, que les sphères fondamentales du cerveau, quoiqu'on leur attribue la plus grande autonomie (à savoir le systèbe végétatif, moteur, sensoriel, idéatif) ne soient pas gouvernées d'un seul lieu qui serait même capable de faire vibrer, en harmonie, tous les territoires cérébraux.

Le lieu où se concentrent, comme dans une station finale, toutes les facultés de l'homme, représentées par les systèmes sensitif, sensoriel et le lieu qui est le point de départ des réactions de toutes sortes, par suite aussi de celles de la volonté, du désir, le principe de penser et d'agir, servi du système idéatif, moteur et végétatif, cette centrale psychique, cette conscience centrale, cet organe analogue au

centre de la conscience des animaux, à été cherché dans l'écorce du cerveau. Les expériences et les recherches que j'ai faites depuis dix ans, m'induisent à le chercher autre part.

III

On fait un pas dans la localistation de la conscience centrale surtout en observant les processus ou la conscience et la volonté sont supprimées ou quand elles souffrent le plus, sans que les fonctions connues de l'écorce cérébrale (idéative, motrice, sensorielle) soient éteintes. Ce sont, d'abord, le sommeil et l'accès épileptique et puis les tumeurs et les lésions circulatoires ou le ramollissement de la substance cérébrale dans le voisinage du troisième ventricule, qui peuvent nous être utiles dans la solution du problème.

L'inconscience des hémiplégiques, l'évanouissement, la narcose, l'empoisonnement, l'accès epileptique, tout cela presente une analogie et le siège de la lésion commune de tous ces états d'*inconscience,* sera alors le même ; et ce lieu doit *être le même que celui de la « conscience centrale ».*

Ordinairement, on tâche de chercher le siège du sommeil aux environs du troisieme ventricule. Dans un acces epileptique, toutes les regions de l'écorce cérebrale, en tant que nous les connaissons, peuvent etre actives quoique une profonde inconscience persiste. Le malade peut avoir toujours le meme procès ideatif qui revient, par exemple l'action motrice des mouvements impulsifs et tendant vers un but quelconque.

Les inflammations et les processus morbides de la substance cérébrale autour du troisieme ventricule, sont accompagnés en tant que nous connaissons de l'inconscience, mais, au contraire, n'importe quelle partie de l'écorce cerebrale peut être blessée, sans que l'inconscience apparaisse né·essairement.

C est dans l'épilepsie que ce centre est surtout labile, de sorte que les plus différentes excitations, soit périphériques, soit corticales, peuvent provoquer une crise, qui est suivie immédiatement de troubles graves dans l'harmonie de l'innervation. C'est alors le centre de la conscience labile qui est le fond de l'hystérie.

La différente valeur et la localisation des lésions du tissu nerveux qui entre dans ce centre nerveux et en sort, comme la possibilité des plus différentes lésions d'ordre fonctionnel ou matériel du centre même, constituent une variété bizarre des maladies fonctionnelles et organiques nerveuses et psychiques.

Le centre de la conscience centrale sera aussi dans le voisinage le plus proche du centre sous-cortical du système nerveux sympathique (de la région végétative en général).

C'est au voisinage du même centre ou dans son intérieur même que se trouve aussi le siège sous-cortical de la sphère émotive.

Les processus maladifs aux environs de la région thalamique ont de l'importance même pour la connaissance des fonctions et des états psychiques. Ce qu'on appelle la tension psychique, cela trouve ses voies et ses centres dans ces endroits-là. On est bien étonné de voir comme les individus qui ont été atteint de lésions durables ou progressives dans cette région, ont changé leur caractère, par exemple, jusque là émotif, irritable et agile, en l'autre, enfantin, tranquille et comme leur air jadis vif et intelligent est devenu hébété et apathique, quoique la mémoire et les facultés de jugement, bref l'intelligence au sens propre, soient restés presque normales.

Aussi les changements émotifs des hemiplégiques, les anomalies affectives dans la sclérose cérébro-spinale et la paralysie progressive peuvent-ils être en relation avec les lésions anatomiques du cerveau, lesquelles ont apparu dans ces endroits.

L'analogie de quelques cas de l'intoxication alcoolique, de la paralysie progressive et de la syphilis du cerveau ou d'une méningite syphilitique avec l'hystérie, nous enseigne qu'une lésion matérielle peut nous offrir le même syndrome qu'une intoxication temporelle ou une lésion d'ordre fonctionnel, si elle regarde les mêmes parties du cerveau qui est précisément, je crois, le siège de la conscience centrale.

L'hystérie et la neurasthénie sont parfois amenées par des intoxications chimiques et du métabolisme défectueux. L'hystérie aura un jour sa localisation anatomique comme nous pouvons localiser déjà aujourd'hui une forme de neurasthénie dans le thalamus et de parler d'une névrose thalamique. Une émotion profonde par la lésion de centre en question, cause des neurasthénies hystéro-traumatiques. Le centre de la conscience centrale sera spécialement actif et sensitif, même par sa composition chimique. Si ce centre est maladie, de nature comme on le suppose pour l'hystérie ou pour les états dégénératifs, il est impossible d'évaluer d'avance l'effet produit par le poison qui, autrement, produit toujours le même rendement à temps, pris dans les doses fixées. On comprend ainsi le cas qu'on m'a rapporté, de l'impossibilité de narcotiser une femme hystérique.

La fonction de ce centre maintient l'état normal de l'activité psychonerveux au moyen des autres régions psychonerveuses. Et c'est par le brusque shock du même centre que je m'explique la mort subite dans l'hystérie, dans les névroses et dans les intoxications. Son voisinage étroit avec la sphère affective et sympathique, explique peut-être la stabilité de certains types cliniques dans les syndrômes de la sphère affective et végétative.

Le nerf sympathique qui est étroitement lié à la conscience centrale, nous unit au monde extérieur à côté des autres sens. Les phénomènes qu'on n'a pu expliquer jusqu'ici (télépathie et d'autres de

la sorte) et qui paraissent chez les individus disposés et à certaines conditions, sont ainsi facile à comprendre. Le système des nerfs sympathiques réagira donc aux influences cosmiques. C'est par lui que les mammifères se réveillent de leur sommeil d'hiver, que, dans l'homme s'éveille, à certaines circonstances, le sens hygroscopique, qu'il se doute et prédit l'orage, comme l'on en a montré l'analogie chez les animaux.

Ce sont les nerfs sympathiques qui font l'intermédiaire et qui unissent aussi tous les organes à la conscience centrale. Il est très important d'étudier les lésions anatomiques des nerfs sympathiques et sur les nerfs périphériques, dans les névroses, dans les psychoses, dans les états obsédants et autres. C'est du centre de la conscience centrale que sortent les impulsions réactives que se reflètent dans l'action motrice, idéative, sensitive et végétative même au sens propre, à savoir qu'il est absolument indepen-dant des faits psychiques (trophisme, sécrétion, circulation et peut-être même fonctions métaboliques). La fièvre, l'atrophie, l'ulcère, le marasme et les phénomènes semblabes accompagnent l'hystérie, ainsi que le tabès sont, à mon avis, bien faciles à comprendre dans l'hystérie ou l'hypnotisme. Ce n'est que dans un endroit bien précis, dans la conscience centrale, que se réflètent, que s'unissent la conscience du savoir du monde extérieur et du moi intérieur avec la connaissance de la continuité de l'espace et du temps de notre per-persienne propre. Ce n'est pas seulement par les lésions fonctionnelles ou matérielles des voies du centre que sont causés les états morbides multiples de la conscience de soi, mais aussi justement par celle du centre lui-même. Voilà où il faut chercher et où même on trouve l'explication de ce fait que, dans certains cas, l'individu se rend compte des lésions psychonerveuses, mais autrefois il n'en était pas ainsi, comme c'est le cas par exemple chez quelques aveugles. Dans la psychose, l'écorce cérébrale travaille automatiquement, tandis que le centre de la conscience centrale est malade. Et c'est à ce point de vue que je comprends les différentes manières de dédoublement de la personnalité et des états de puérilisme.

Je comprends les états de l'hypnose subconsciente, du délire, ceux de la conscience restreinte du somnambule, le délire de l'occupation de l'alcoolique, etc. Ce centre qui s'unit ou qui, au moins, se trouve dans le voisinage le plus étroit du centre sentimental, peut influencer différemment toutes nos manifestations psychiques, même du côté du sentiment.

Dans ce schème, on trouve un éclaircissement non seulement pour les phénomènes morbides, mais aussi pour les problèmes des fonctions normales. La querelle relative au centre du langage, récemment soulevée, perd, par là, son acuité. Il n'y a pas de centre du langage dans la circonvolution de Broca, suivant les conceptions

anciennes. La partie corticale de la troisième circonvolution frontale avec son voisinage n'est qu'un organe exécutif auxiliaire de la conscience centrale; il représente un fond des images motrices dans les mots où le centre de la conscience centrale ne fait que choisir, selon son besoin, en dirigeant les actions corticales. On explique d'une façon facile à comprendre le souvenir ou la mémoire, par la supposition de cette conscience centrale localisée.

Le souvenir n'égale point la réalité. Si l'on compare une action ou une idée à la photographie d'un objet sur une plaque, le souvenir ou l'affranchissement de la mémoire n'est qu'une levée de tiroir de la plaque photographique qu'on y avait gardé, ce qui se fait à l'instigation de la conscience centrale. La mémoire se dégage par l'impulsion de la conscience centrale et elle représente le phénomène réactif comme un mouvement.

III

Le caractère de l'homme, ses traits principaux, le fondement de la qualité de ses sentiments, voici ce qui est donné par l'organisation morphochimique du même centre; c'est lui qui est porteur des qualités héréditaires. Les ascendants des gens nerveux, ceux des goutteux, des tuberculeux deviennent à leur tour malades et se flétrissent par l'organisation détecteuse de ce centre.

L'évolution de l'homme qui se manifeste dans l'évolution intellectuelle et morale, celle de la mémoire, des forces créatrices imaginatives, du *selfgovernement* et dans la culture des sentiments esthétiques et altruistes, s'arrête ou s'égare ou enfin n'achève point son évolution, si le centre en question devient malade en entier, ou dans quelqu'une de ses parties. Une lésion de cet organe, voilà quel est le fond des psychoses et de la dégénération.

L'étude des psychoses et la psyché elle-même ne contredit point la théorie évolutionniste (2).

---

(1) Nous supposons que l'organe de la conscience centrale se trouve en continuité avec l'organe qui, dans la vie embryonnaire, représente le centre directeur végétatif lui-même. On peut remonter, si l'on veut, dans cette continuité jusqu'à la cellule germinative primitive. Telle est l'unité de notre âme avec la substance de la matière vivante elle-même. Si l'on projette toute son action psycho-nerveuse par ce point de la conscience centrale qui figure comme partie de la conscience universelle complexe de l'univers, point de départ de notre considération, on comprend l'immortalité de l'âme et son extinguibilité.

(2) Toutes les qualités animales, spéciales à l'organisation d'une certaine matière nerveuse au sens propre, apparaissent même chez l'homme : la ruse, la brutalité, la bêtise, les qualités flatteuses, l'art de flétrir, l'ouïe suraiguë et même la vue, le sommeil d'hiver, qui trouve de l'analogie dans le sommeil hypnotique, l'indomptabilité, les sentiments instinctifs, etc., etc.

La multiplicité de la surface corticale montre l'évolution de notre organisation anatomique et psychonerveuses. La seule parie qui sert d'idéative n'est qu'un organe, au point de vue évolutif, également remarquable comme la partie motrice ou sensorielle. Que ce n'est que par l'exercice et l'usage qu'on peut faire évoluer ces centres associatifs ou, pour le mieux dire, ces centres idéatifs à ce point de perfection où on les trouve; c'est, par exemple, comme on l'exprime, l'homme-loup qui, parce que son organisme a été abâtardi, n'a pu subir les influences de l'éducation ainsi que l'idiot, dont les centres n'ont pas du tout évolués.

L'animal ne peut gagner la perfection de l'homme parce qu'il ne possède pas les organes qu'a celui-ci. Il y a une différence fondamentale entre l'état d'un enfant allaité et de l'animal. Celui-là possède les organes en question, mais ils se trouvent dans l'état latent et inachevés de la fonction. Voilà une connaissance qui est très importante quant au problème de l'éducation des gens sains et malades.

Si ce centre de la conscience centrale nous représente le propre réel spirituel qui vit le monde extérieur en nous et si c'est par lui que passe chaque phénomène dont on se rend compte et chaque action, si simple ou si compliquée qu'elle soit, une analogie de réaction et de réflexe, et puis, si l'on admet que ce centre peut modifier les réactions, afin qu'elles soient plus convenables pour l'individu et son prochain, voilà le problème de l'éducation, de la responsabilité et de la criminalité. On ne peut parler d'une volonté libre, si celle-ci dépend, d'une part, de l'organisation anatomique de la conscience centrale conditionnée par l'hérédité elle-même, et, d'autre part, de la constitution chimique dépendant de la nutrition.

Notre volonté n'est alors libre que relativement. Mais elle ne le devient qu'après que le cerveau est évolué et que la conscience centrale n'est pas exposée aux changements: au shock, aux infections, aux intoxications, ou aux lésions matérielles. Les caractères, des facultés et des qualités différentes (le timide, l'extatique, le phlegmatique, le brutal, le flatteur, le cruel, le criminel, le querelleur, l'altruiste, l'individualiste, l'avare), tous sont donnés au germe (à l'embryon) ; il faut avoir égard à eux et chercher des voies de l'éducation scolaire et sociale qui conduisent vers le perfectionnement ou vers des corrections. Est-ce qu'on fait cas de ce problème dans l'éducation sociale?

Nos sentiments moraux et esthétiques, à un certain degré, approuvés par des hommes éminents de tous les âges, sont donnés par le besoin et par l'évolution de l'action la plus convenable à l'homme quant aux conditions de son existence et ils ne sont qu'un reflet de l'ordre et des lois naturelles, des grandes lignes de l'harmonie, de la logique et de la vérité mathématique de la nature. Les

germes de ces sentiments sont donnés dans la matière primaire ainsi que ceux des autres phénomènes et des qualités naturelles.

C'est la nature seule qui a inspiré à l'humanité la meilleure civilisation. C'est par les exigences données à la condition de l'homme par la nature elle-même qu'on est amené inconsciemment vers la meilleure culture humaine, la culture du bien, de la morale de la sympathie, de la charité et de la prévoyance. Combien de fois ne voit-on pas l'homme être sourd à la voix du livre pur de la nature et se placer au rang de l'animal, exercer ses pratiques les mains couvertes de gants, le sourire aux lèvres, une arme meurtière à la main, pour être enfin acculé dans la maladie et dans la dégénérescence. La morale réflète les lois de la nature; elle est une qualité héréditaire de la matière du cerveau la plus apte à soutenir le combat de l'existence de l'homme. C'est lui aussi qui ne prêche qu'une vérité, une beauté, une loi aux arts de tous les peuples, de tous les âges et de tous les génies. Le sentiment de la beauté en art, comme le sentiment de la satisfaction scientifique ou de la joie intérieure d'une action de pitié, voilà qui est égal et qui contient une partie de la vérité de la grande ligne de la loi et de la beauté de la nature.

MÉDECINE LÉGALE

L'indiscipline morbide
Un cas de désertion en état de confusion mentale

par le Dr HAURY (de Châlons-sur-Marne)

Sous le premier de ces titres, j'ai présenté l'an dernier, au Congrès des aliénistes, à Nantes, toute une série de malades mentaux qui avaient eu maille à partir avec la discipline à l'occasion de leur état pathologique.

Cette notion de l'*indicipline morbide* a été très favorablement accueillie. Elle est, en effet, l'expression même d'une vérité journalière de la clinique militaire; vérité clinique où le commandement devrait puiser la compréhension — trop justifiée, hélas! par les faits — de la nécessité de l'expertise psychiâtrique de la plupart de ces délinquants: cela n'a pas lieu encore.

C'est pour cette raison que je voudrais en rapporter un nouvel exemple, plein d'enseignements à tous les égards, puisqu'il est capable de montrer au médecin comme à l'officier de troupe, la possibilité de commettre des erreurs qui risqueraient en même temps d'être de dangereuses injustices.

OBSERVATION. — R... était un jeune soldat d'apparence quelconque, engagé volontaire de quatre ans, arrivé au camp de Sathonay, près Lyon, le 13 janvier 1909. Originaire de l'Ardèche, il s'était engagé, disait-il, pour faire sa carrière de sous-officier. Sans antécédents connus de lui (ayant seulement perdu sa mère à 46 ans, de la poitrine), sa santé générale paraissait bonne; mais son système nerveux avait de suite attiré l'attention. Ce qui frappait en lui — outre une nonchalence manifeste dans l'allure et une lenteur dans les réponses traduisant une intelligence peu active — c'était l'aspect de son visage auquel une exophtalmie double, légère mais notable, avec une certaine fixité du regard et une absence de clignement, donnait une physionomie toute particulière. (Cette exophtalmie ne correspondait pas à une myopie, sa vue étant tout à fait normale : il semblait qu'on dut l'attribuer à une autre cause, car on notait un tremblement très fin des doigts, mais il n'y avait ni tachycardie ni développement apparent de corps thyroïde, sauf peut-être du lobe médian).

La sensibilité générale et spéciale était normale; on notait seulement l'absence du réflexe plantaire, l'exagération des réflexes rotuliens des deux côtés et du réflexe olécranien à gauche.

Mais pendant l'examen il fut remarqué que sa chemise et son caleçon étaient tout imprégnés d'urine. R... finit, pressé de questions, par reconnaître qu'ayant besoin d'uriner depuis vingt minutes, il n'avait pas osé demandé à ses voisins de la salle d'attente s'il pouvait aller uriner, et, n'en pouvant plus, il urina dans ses vêtements. On lui donna un verre à urine; il n'arriva pas à le remplir à moitié.

Les symptômes précédemment rapportés, et ce fait d'une vessie irritable ou trop prompte à obéir à ses réflexes, avaient souligné le mauvais fonctionnement du système nerveux et appelait en tout cas l'attention sur ce jeune homme, débile mental qui risquait de disparaître dans les rangs.

Le capitaine de la compagnie avait été prévenu d'avoir à surveiller et à ménager ses débuts comme soldat. C'est ce qui fut fait. Mais R... ne revint pas à la visite. A la compagnie, l'attitude de R... « laissa toujours à désirer », au dire du capitaine : Extrêmement mou, il avait reçu bien des fois des reproches au sujet de son affaiblissement. Il ne causait que pour demander du feu et allumer sa cigarette, car il fumait assez. Quand il subissait des réprimandes à la compagnie, jamais il n'avait de réaction, ni regard hostile, ni manquement de réponse ; il était toujours contraire, apathique, indolent. Même, un jour son sergent, dans un mouvement d'humeur provoqué par l'inertie apparente de S..., l'accusa publiquement « d'être un masturbé », sans que le pauvre diable manifestât quoi que ce soit.

En somme, sa mauvaise attitude, son manque total d'énergie l'avaient rendu peu sympathique aux gradés de sa compagnie.

On croyait avoir d'autant plus de raisons de douter des qualités de son caractère que peu de temps après son arrivée ici, il avait été appelé par le juge de paix de Trévoux pour témoigner dans une affaire de faux témoignage. On ne savait pas dans quelle mesure il y était mêlé, mais il n'avait pas été officiellement inculpé en tout cas.

A la Pentecôte, malgré tout, il obtint une permission de quarante-huit heures pour aller chez lui, mais il ne rentra pas. On apprend par le père, prévenu de sa disparition, qu'il était parti de chez eux avec un brigadier du train à 8 heures du soir le lundi; ce qui le mettait déjà sûrement en retard (car il aurait dû prendre le train de l'après-midi). Ils font route ensemble; puis, après avoir traîné plus ou moins dans quelque café, ils se quittent à minuit au bout du pont Morand, à Lyon. R... aurait dit au brigadier qu'il allait revenir au camp par les quais. On ne le revit pas et on supposait un meurtre par un apache quelconque (R... ayant pu être arrêté et frappé dans cette banlieue déserte de Lyon), quand il revint se présenter au poste, vers 11 heures du soir, le 14me jour de son absence, *juste la veille du jour où il allait être porté déserteur.* Comme les hommes du poste le plaisantaient, lui disant qu'il était resté avec une femme et qu'il allait être puni, le sergent de garde remarqua son air craintif, et tous trouvèrent qu'il avait l'air d'avoir faim. Il n'alla pas se coucher à sa compagnie : on le vit errer dans le camp et vers 3 ou 4 heures du matin se diriger, à la bordure du camp, vers un groupe de civils qui paraissaient l'attendre, puis il disparut. On ne savait que penser quand il fut enfin ramené au camp le dimanche 20 juin, c'est-à-dire six jours plus

tard. Il venait d'être trouvé à Caluire, à 3 kilomètres de là, par le gardien du tombeau du maréchal Castellane, dans un jardin voisin, sale, couvert de boue, son pantalon de zouave défait par le bas. Comme j'avais le soupçon de son état morbide, j'avais donné l'ordre, si par hasard il revenait, de le mettre non pas en prison, mais immédiatement en observation à l'infirmerie. C'est ce qui fut fait à son arrivée.

Il se présentait en effet en état de *confusion mentale asthénique* assez marqué. Inerte, d'une docilité extrême, sans même plus aucun des réflexes militaires d'obéissance, l'air absent, avec un visage aux traits absolument détendus, la bouche ouverte.. Totalement indifférent à tout, il ne répondait machinalement et par hasard aux questions fréquemment répétées, que par oui ou par non. Désorienté, il disait ne se rappeler en aucune façon où il avait passé son temps et n'a reconnu ni son capitaine, ni son lieutenant, et n'a pas su ni le nom de son sergent ni celui de son caporal. Il se passa même à ce propos un incident digne d'être rapporté. Le capitaine avait vu R. sitôt son retour, le dimanche. Son lieutenant vint le voir le lendemain matin : il était à ce moment à la salle de visite où je l'examinais. Poussant au maximum l'ignorance habituelle à la grande majorité des officiers des différences psychologiques qu'on rencontre chez l'homme. Cet officier interrogea R. comme il l'aurait fait de n'importe quel autre soldat. Son état mental morbide lui échappa complètement bien entendu, et il posait à R. une série de questions qui n'appelaient qu'un oui ou qu'un non pour réponse; il se contentait de ces monosyllabes. Il arriva de cette façon à lui faire avouer pour ainsi dire toute son histoire, ou, mieux, toute une histoire. Il lui disait : « Tu es parti de chez toi à telle heure ?... Tu as pris tel quai, n'est-ce pas ?... Ils t'ont entraîné, etc., etc... » R. ne répondait toujours que machinalement que par oui ou par non, qui tombaient par hasard de ci de là. Le lieutenant ne s'aperçut pas un seul instant de ce qu'avait d'illusoire son interrogatoire. Il croyait le confesser, c'est-à-dire rétablir l'histoire de sa fugue en son entier et par le détail, alors qu'il était seul à la bâtir.

A la fin, je priai le lieutenant de poser à R. des questions qui exigeaient une réponse complète et non pas seulement oui ou non. Je l'invitai à demander au malade des choses précises : le numéro de la compagnie, de son bataillon, le nom de ses camarades, le jour, l'heure, l'année, etc., etc. R. fut incapable de répondre. A la stupéfaction du lieutenant, il savait seulement son nom, son pays et répondre oui et non. Il ignorait complètement où il avait passé son temps évidemment, mais il ignorait en outre tout de lui-même et des autres, et le lieutenant ne put pas arriver à tirer de R. ni le nom du capitaine, ni le sien propre, ni celui de son caporal, ni même celui de son camarade, le brigadier du train avec lequel il avait voyagé lors de sa permission. Son amnésie était complète.

La preuve de la morbidité de l'état mental de R. parut alors suffisante au lieutenant. J'envoyai successivement chercher le capitaine de la compagnie, puis le commandant du bataillon du malade. Je les laissai l'un après l'autre engager la conversation avec R. et tous deux se laissèrent prendre à l'apparence de normalité du malade. J'invitai même le commandant (après l'avoir pris à part et l'avoir mis au courant et prévenu du fait) à répéter l'interrogatoire comme le lieutenant l'avait fait, mais

cette fois volontairement dans le but d'inventer de toutes pièces une histoire. Et le commandant réussit à composer une série d'aveux :

— Vous aviez une femme à Lyon?

— R. Oui.

— Elle habite rue de République?

— Oui.

— Au n° 56?

— Oui.

— Elle s'appelle Jeanne?

— Oui.

— Vous étiez chez elle?

— Oui.

Et le commandant construisit, à son grand étonnement, un roman complet. Il se rendit compte de l'erreur qu'on aurait commise en punissant l'homme, automatiquement à son arrivée, sans l'avoir vu, pour son absence du régiment. Il se rendit compte en outre de la facilité avec laquelle un juge quelconque aurait pu croire obtenir des aveux de cet homme, s'il avait été coupable d'un délit plus sérieux.

R. fut aussitôt envoyé à l'hôpital militaire Desgenettes. Il y resta deux mois, avec le masque immobile, et dans le même état de torpeur cérébrale, d'indifférence, d'hébétude, d'inactivité. La stimulation provocatrice ne déterminait comme réaction rien autre que les mêmes réponses automatiques, monosyllabiques, oui et non. Sa conscience resta longtemps obscurcie et ce n'est qu'à la fin que la mémoire recommença à fonctionner suffisamment. Encore conserva-t-il une amnésie lacunaire complète pour l'accès. Son intelligence était encore faible quand il partit chez lui et son avenir mental paraît évidemment très réservé. (Ajoutons parfois, l'emploi de son temps pendant toute son absence. A-t-il erré constammen? ou plutôt n'a-t-il pas été gardé quelque part de ci de là? Impossible de le savoir.)

R. était donc un débile (peut-être basedowien fruste), qui avait fait une fugue en état de confusion mentale de forme asthénique, sous l'influence évidente des difficultés de l'adaptation et peut-être aussi d'un appoint passager d'alcoolisme à l'occasion d'une permission. Il fut réformé.

Ce qu'il y a lieu de souligner au point de vue de la pratique de la troupe c'est le fait que ce débile mental avait sombré lentement, progressivement et sans bruit. La vie automatique du rang avait permis à son intelligence de faiblir jour après jour, sans que personne s'en fut nettement aperçu.

Et l'on comprend maintenant combien paraissent facilement explicables sa conduite à la compagnie et son attitude à son retour. Avec son mutisme et son apathie habituels (qui s'exagéraient peu à peu parce que son cerveau débile se troublait de plus en plus), avec son hébétude et sa docilité, il était impossible à un esprit insuffisamment observateur de ne pas accuser un tel homme de mollesse volon-

taire, de manque d'énergie voulue, même d'une mauvaise volonté passive à apprendre le métier de soldat. Le sergent l'insultait gratuitement en l'accusant d'onanisme. Mais il n'est pas étonnant qu'un soldat qui se présente avec de telles apparence ait semblé peu sympathique à son entourage comme à ses chefs, surtout quand quelques circonstances de détail paraissent en outre plaider contre lui.

Même plus tard, plusieurs faits de sa fugue paraissaient encore s'élever contre lui-même en contribuant à ne faire voir une fois de plus en lui qu'un mauvais soldat qui savait parfaitement combiner sa conduite.

C'est ainsi qu'il rentra au camp juste la veille du jour où il allait être porté déserteur; c'est ainsi également qu'il paraissait faire par ie d'une bande de malandrins qui l'attendaient à la bordure du camp et qu'il rejoignit après s'être fait constaté sa rentrée.

Il n'a pas été possible de savoir ce que ces gens faisaient avec lui ni depuis quand ils étaient ensemble; mais ils n'eussent pu que profiter de sa passivité morbide pour l'entraîner avec eux. Il se peut qu'ils l'aient ramené au camp sans oser le dire, comme aussi il se peut que leur rencontre fut toute fortuite, ce qui est encore très possible.

On voit combien les premières apparences au moins étaient contre l'homme; mais il ne fallait pas aller bien loin pour s'apercevoir à quel malade on avait affaire. L'erreur allait cependant être commise. Et on peut se demander ce qui serait arrivé si l'homme avait été mis en prison et abandonné à son sort de prisonnier.

Le cas de ce confus est donc bien fait pour justifier au maximum une fois de plus tout ce qui a été dit si justement au Congrès de Nantes de la nécessité des connaissances psychiâtriques pour tous les médecins militaires, comme aussi de la nécessité d'avertir les officiers de la possibilté de pareils troubles mentaux chez leurs hommes, ainsi que le demande et l'a déjà fait M. le Prof. Régis. Et j'ai pensé intéressant de vous le communiquer, surtout quand on songe que c'est de cette connaissance générale que devrait posséder tout officier, que dépend l'orientation médicale ou judiciaire de toute affaire et que le risque peut toujours rester menaçant pour un malade de demeurer un aliéné méconnu et contaminé.

Le dépistage des anormaux psychiques dans l'armée

par Haury (de Châlons-sur-Marne)

Le Congrès de Nantes de l'an dernier avait posé en son entier le problème de l'aliénation mentale dans l'armée y compris sa pro-

phylaxie. Je voudrais vous dire quelques mots sur ce qui a été fait dans ce sens depuis cette époque.

Vous vous rappelez que la prophylaxie de l'aliénation mentale se résume en trois moyens qui sont :

1° Fermer la porte aux aliénés ;
2° Eliminer ceux qui ont pu entrer ;
3° Tarir leur recrutement.

Pour fermer la porte aux aliénés, il faudrait faire de la révision une meilleure sélection du contingent et au bureau de recrutement un meilleur triage des engagés volontaires. *Pour éliminer les aliénés* qui ont pu entrer dans l'armée, il faut savoir les reconnaître là où ils se trouvent et pour *tarir leur recrutement,* il faut savoir faire le *dépistage des anomalies physiques,* qui sont la menue monnaie de l'aliénation mentale.

Tout cela présuppose évidemment chez les médecins militaires un ensemble de connaissances suffisantes en psychiatrie. D'ores et déjà, le département de la marine s'est occupé de l'enseignement psychiatrique comme aussi de l'expertise mentale. Il a, en décembre dernier, fait paraître une circulaire qui règle la formation de médecins spécialistes en neuro-psychiatrie pour cinq de nos grands ports. Ces spécialistes, outre leur service à l'hôpital, auront d'une part à faire l'examen de tous les hommes qui leur seront envoyés (recrues, engagés, marin), d'autre part, ils rempliront le rôle d'experts près des conseils de discipline, des conseils de guerre et autres tribunaux de la marine.

Le milieu militaire est aussi devenu favorable à l'élimination des aliénés et l'on ne rencontre plus d'obstacle à l'élimination de certains mentaux.

L'attention du médecin de régiment doit se porter spécialement sur certaines catégories de soldats où les anormaux sont en grand nombre : hommes à stigmates physiques nombreux, tatoués, arriérés, illettrés, condamnés antérieurement et enfin bons absents. J'ai eu l'occasion, à Lyon, d'examiner 246 hommes de cette catégorie, et j'ai tenté le dépistage des anormaux psychiques parmi eux. J'en ai trouvé une proportion de 30 p. c., c'est-à-dire presque le tiers de leur ensemble et j'ai rencontré parmi eux un cinquième tout au moins d'anormaux avérés (débiles et désiquilibrés, héréditaires, alcooliques). Ces anormaux comprenaient parmi eux déjà des délinquants de tous ordres, depuis le délinquant accidentel jusqu'à l'habitué des prisons, et tous les types des extra et des antisociaux réalisés par les vagabonds et par les antimilitaristes.

Le qualificatif de *bon absent* est une vraie étiquette mentale qui désigne d'emblée l'homme à l'attention du médecin de régiment et peut lui permettre de dépister rapidement un anormal qui peut devenir demain aussi bien un délinquant qu'un aliéné.

J'ai rencontré, à l'asile de Brest, un jeune soldat dont toute la maladie n'était pour ainsi dire, que l'amplification de l'anomalie mentale qui l'avait empêché de se rendre à la révision. Il s'agissait d'un jeune soldat qui fit, en mai, un accès de mélancolie délirante qui dura plusieurs mois. Fils d'un tuberculeux, il avait toujours été un peu inquiet de sa santé ; mais il était surtout préoccupé d'une petite hernie inguinale qu'il avait. A cause d'elle, il avait demandé à passer en révision au chef-lieu pour ne pas avoir à se déshabiller devant ses camarades. Mais, ajourné, il dut la repasser une seconde fois. Il refait la même demande, on la repousse : il se laisse prendre bon absent. Continuant ses préoccupations hypocondriaques, il se fait opérer en janvier, mais ne cesse de se tourmenter et, finalement, tombe dans un mutisme absolu qui commence un long accès de mélancolie délirante.

C'est pour cela que j'ai essayé de donner une conclusion pratique à mon étude des bons absents de Lyon, en signalant individuellement tous ces hommes aux médecins de leur régiment pour qu'ils puissent y être assistés et surveillés, et que leurs officiers leur accordent soit l'attention, soit la bienveillance, soit le genre d'éducation qui leur convient le mieux et qui peut éviter à leur anomalie de s'aggraver ou de se transformer en une altération plus définitive de leurs facultés mentales.

Ce dépistage des bons absents peut devenir général bientôt pour toute l'armée. Déjà, dans le gouvernement militaire de Lyon et le quatorzième corps d'armée, il est prescrit et recommandé officiellement. Après une circulaire du gouverneur militaire en date du 18 octobre 1909, où, pour la première fois en France, il était parlé aux officiers de la nécessité d'accorder leur sollicitude à l'état mental des jeunes soldats tout autant qu'à leur état physique, dans une circulaire en date du 4 novembre suivant, M. le médecin-inspecteur Nimier faisait aux médecins militaires de ce même corps d'armée des recommandations pour le dépistage des anormaux psychiques. Et cette circulaire était accompagnée d'un plan d'examen psychiatrique qu'on avait bien voulu me charger de faire et qui pouvait servir de guide à ce dépistage.

On voit par cela combien, actuellement, la psychiatrie a pénétré dans la vie militaire et quelle pénétration peut se faire bientôt et de plus en plus, pour le plus grand bénéfice de la société tout entière.

TROISIÈME PARTIE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du Congrès s'est réunie, à Liége, le jeudi 4 août, à l'Institut de Physiologie, à 6 heures du soir, sous la double présidence de MM. Klippel et Crocq.

En l'absence de M. Mirallié, secrétaire général du Congrès de Nantes (1909) M. Henry Meige, secrétaire-trésorier permanent, fait connaître les résultats budgétaires de cette session.

(Voir page 26 du présent volume.)

M. MEIGE prend ensuite la parole :

MESSIEURS,

Le Congrès, dans son Assemblée générale, tenue à Lille, en août 1906, a décidé la création d'un Comité permanent, chargé d'assurer le fonctionnement des sessions successives. Ce Comité, vous le savez, se compose du Président et du Vice-Président de la session, de six membres élus par l'Assemblée générale, enfin d'un Secrétaire-trésorier permanent.

Avant la création du Comité permanent, l'organisation de notre Congrès était un peu flottante, faute d'un règlement suffisamment explicite. La situation financière manquait aussi de stabilité. Enfin les Présidents et les Secrétaires généraux se trouvaient aux prises avec des difficultés de toutes sortes, n'ayant, pour se guider dans leurs fonctions complexes, que des souvenirs et des traditions assez vagues.

Le Comité permanent dut se préoccuper de remédier à cet état de choses.

Un règlement du Congrès fut élaboré. Adopté à Dijon, en 1908, il assure désormais le fonctionnement régulier des travaux, ainsi que la transmission des pouvoirs d'une session à l'autre.

Un programme budgétaire fut aussi établi, qui met en garde contre les surprises déficitaires. Enfin les Secrétaires généraux possèdent maintenant une sorte de « Manuel d'instructions » leur indiquant par le menu, et presque jour par jour, tout ce qu'ils ont à faire pour organiser une session : rapports avec les pouvoirs publics, choix des locaux, organisation des réceptions, des excursions, publication des travaux, modèles de devis avec les imprimeurs, formules pour toutes les circulaires et correspondances officielles, listes d'adresses, etc. Par là, leur tâche, si malaisée autrefois, se trouve grandement facilitée. L'organisation du Congrès est devenue plus régulière, plus homogène.

Ces différentes mesures ont donc produit leurs fruits. Et, grâce à la prévoyante administration des Présidents et des Secrétaires généraux de nos dernières sessions, le Congrès possède à l'heure actuelle un fond de réserve qui lui permet d'envisager l'avenir sans appréhension.

Il est donc permis de dire que votre Comité permanent a fait œuvre utile.

Mais, à la vérité, vous pouvez témoigner quelque surprise d'entendre le Secrétaire permanent énumérer les heureux résultats de réformes auxquelles il a lui-même collaboré. Il est rare qu'un plaidoyer *pro domo* ne soit pas suivi d'une requête.

Vous l'avez justement deviné : votre Secrétaire permanent a une faveur à vous demander : il vous prie de vouloir bien accepter sa démission.

Cette demande doit être justifiée. Je vais vous en donner la raison. Excusez-moi de vous parler de moi-même, et si je le fais trop librement : j'aime la vérité dans son simple appareil.

Ceux d'entre vous qui ont fréquenté nos congrès antérieurs eurent la bonne fortune d'y connaître, parmi les plus assidus et parmi les plus éminents, un homme dont la disparition prématurée est encore un deuil scientifique. Je veux parler de Brissaud, qui, à tous nos travaux, apportait, avec l'éclat de son talent, l'appui de son autorité, qui, dans toutes nos réunions, prodiguait son spirituel entrain, sa belle franchise, sa rare indulgence. Sa mort est pour notre Congrès une perte irréparable; elle est une source de tristesse inépuisable pour ses amis: vous n'ignorez pas que j'étais de leur nombre.

Peu de temps avant de mourir, Brissaud m'avait confié une tâche: la réédition d'un ouvrage qui lui tenait à cœur. J'ai accepté. Malheureusement, la tâche est lourde, plus absorbante que je ne l'avais prévu, et elle sera longue.

Je n'ai pas tardé à m'apercevoir qu'elle ne pourrait être menée de front avec mes autres occupations. Mais — c'est une question de conscience — j'estime que le premier de mes devoirs est de me consacrer à ce travail jusqu'à complet achèvement.

Dans ces conditions, il ne m'est pas possible de vous assurer régulièrement le concours que vous attendiez de moi. Et je ne me reconnais pas le droit de conserver ni un titre ni une fonction dont je ne puis vous promettre d'assurer toutes les charges; je ne le peux et je ne le veux pas.

Un scrupule m'avait d'abord retenu : en me retirant, ne causerais-je pas quelque embarras au Comité permanent en particulier et au Congrès en général Eh bien! — soit dit sans fausse modestie — je ne le crois pas. Le fonctionnement de nos sessions prochaines est assuré, la situation financière est aussi satisfaisante que possible. Le Congrès n'aura pas à souffrir de ma retraite.

Au surplus, si je crains de ne pouvoir, faute de temps, remplir les fonctions de Secrétaire permanent avec toute l'assiduité nécessaire, et si cette appréhension me fait le devoir de décliner un honneur dont je n'accepterais pas toutes les responsabilités, loin de moi la pensée de déserter le Congrès. Depuis seize ans déjà, je lui suis fidèle, et fidèle je lui resterai. Bien avant la création du Comité permanent, je me suis efforcé de seconder les organisateurs successifs : ils me trouveront toujours prêt à leur venir en aide dans la mesure de mes moyens, et chaque fois avec grand plaisir. Ma collaboration d'hier vous est une garantie de celle que vous pourrez me demander demain.

Mon départ n'est donc pas une défection. Mais j'ai le désir et le devoir de rentrer dans le rang.

Un mot encore, et j'ai terminé. Si, parmi les amis que je compte ici, certains croyaient devoir faire quelque tentative pour modifier ma décision, je les supplie de s'en abstenir ; leurs témoignages de sympathie me toucheraient vivement, ils n'en doutent pas ; mais ils iraient à l'encontre de leurs excellentes intentions. Ma résolution, longuement mûrie, est irrévocable.

Messieurs, je vous devais ces explications. Et maintenant je vous prie de vouloir bien accepter ma démission de Secrétaire-trésorier permanent.

M. Crocq. — Messieurs, la démission de M. Meige serait, pour notre Congrès, un coup fatal : depuis de nombreuses années, notre distingué collègue remplit les fonctions de secrétaire permanent ; il est l'âme de nos congrès et nous pouvons dire qu'il est l'artisan du succès de nos sessions.

Je crois être votre interprète à tous en insistant auprès de M. Meige pour qu'il revienne sur sa néfaste décision.

M. Klippel. — Messieurs, ce n'est pas le moment de vous rendre compte des services si importants que M. Meige a rendus à notre Congrès pendant le cours de ces dernières années.

Mais je tiens à le remercier de l'œuvre qu'il a accomplie avec tant de zèle et de succès et à l'assurer de notre reconnaissance sincère et de nos sympathies les plus vives.

En présence de la démission de notre Secrétaire général, le Comité a cru qu'il fallait établir un état transitoire et désigner un Secrétaire temporaire pour assurer, jusqu'à l'Assemblée de Tunis, les fonctions qu'abandonne M. Meige. Car il ne nous est pas possible de nommer dès maintenant son successeur.

M. le Médecin principal de 2e classe Simonin, délégué du Ministre de la Guerre, prononce le discours suivant :

Messieurs les Présidents,

Messieurs et très honorés Confrères,

Au moment où la phase active des travaux du Congrès va prendre fin, j'ai, comme chef de la mission française déléguée à Bruxelles par le Ministre de la Guerre, le très agréable devoir d'exprimer au corps médical belge, que représente aujourd'hui avec une si rare distinction M. le Docteur Crocq, les sentiments de vive gratitude que nous inspirent votre très courtois accueil et votre généreuse hospitalité.

Votre pays est un de ceux qu'on ne peut oublier. En vérité, le charme s'y dégage des personnes et des choses de telle façon que la mélancolie d'un départ, trop hâtif à notre gré, ne saurait s'adoucir qu'en songeant à l'avenir, et au retour qu'il nous permet d'espérer dans ces villes élégantes, et de mœurs si douces qu'elles se sont acquise une réputation mondiale, hautement justifiée.

Comme confrère, et avant de connaître ma mission officielle, je m'étais empressé d'adhérer au XX[e] Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes. Que M. le Docteur Klippel et tous nos chers collègues français veuillent bien trouver dans cette hâte, l'expression de la reconnaissance du congressiste de Nantes, vivement désireux de marquer ainsi combien vivace était resté le souvenir de notre inoubliable accueil et de l'affectueuse sympathie que vous avez témoignée, comme aujourd'hui encore, à la médecine militaire française.

On a dit, à juste raison, Messieurs, que la Science n'a pas de Patrie : ces quelques journées passées auprès de vous nous ont presque fait oublier que, suivant le mot de notre illustre Pasteur, les savants en ont une. Je ne saurais mieux vous dire à la fois notre peine du départ et notre espoir de retour.

M. Klippel. — Je suis très touché des paroles aimables que vient de prononcer M. le Professeur Simonin, délégué du Ministre de la Guerre.

En le remerciant de tout cœur, je lui renouvelle l'assurance de l'importance que nous attachons à son concours si précieux.

L'Assemblée générale procède à l'élection de deux membres du Comité permanent, en remplacement de deux membres sortants (par voie de tirage au sort).

Les membres sortants sont : MM. Gilbert Ballet et Giraud, ce dernier décédé depuis peu.

Les membres élus pour les remplacer sont : MM. Antheaume et Doutrebente.

L'Assemblée générale envisage la prochaine session du Congrès qui aura lieu à Tunis, au mois d'avril 1911.

Le Congrès de Tunis (XXIe) aura pour Président : M. Deny, Vice-Président du Congrès de Bruxelles et Liége.

L'Assemblée générale est appelée à élire le Vice-Président du Congrès de Tunis (1911) qui deviendra Président de la session suivante (1912).

M. le Docteur Mabille (de La Rochelle) est élu Vice-Président du Congrès de Tunis.

M. Porot, Secrétaire général du Congrès de Tunis, donne des renseignements sur l'organisation de cette session.

Les questions suivantes feron l'objet de Rapports au Congrès de Tunis (avril 1911).

Premier Rapport. — *Les perversions instinctives.* — Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris).

Deuxième Rapport. — *Complications nerveuses et mentales du paludisme.* — Rapporteur : M. Chavigny, Professeur au Val-de-Grâce.

Troisième Rapport. — *L'assistance des aliénés aux colonies.*

Deux Rapporteurs avaient été désignés pour cette question : M. Reboul, professeur à l'école d'application de médecine coloniale de Marseille, et M. Scherb, professeur à l'école de médecine d'Alger.

A la suite du décès récent de M. Scherb et, d'autre part, considérant que le second rapporteur, M. Reboul, pouvait être dans l'impossibilité de présenter lui-même son rapport à la session de Tunis, l'assemblée générale a désigné M. le Professeur Régis (de Bordeaux), qui accepte, comme rapporteur général de la question de l'assistance des aliénés aux colonies.

Après Tunis, où le Congrès se réunira en avril 1911, la session suivante aura lieu en août 1912. Cette session se tiendra au Puy.

CLOTURE DES TRAVAUX

M. Klippel termine la séance par les mots suivants :

Notre Congrès a encore de beaux jours à passer en Belgique. Mais à partir de ce moment, nos séances scientifiques sont terminées. Je suis heureux d'en constater le succès. Ce succès, nous le devons à nos rapporteurs, à nos collègues si nombreux qui ont pris part à nos discussions et qui nous ont apporté d'intéressantes communications, et enfin au zèle de tous.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RECEPTION DES PRÉSIDENTS

Le dimanche 31 juillet, veille de l'ouverture du Congrès; MM. Klippel et Crocq avaient invité les congressistes à une soirée intime. La réception eut lieu dans les salons de M. Crocq où les présidents, assistés de Mme Crocq, faisaient les honneurs de la fête. Soirée très réussie à laquelle assistaient plus de 150 personnes parmi lesquelles on remarquait le délégué du Roi des Belges, M. le Comte d'Aerschot; M. Granier, délégué du Ministre de l'Intérieur de France; MM. les Drs Bertrand et Roux-Freissining, délégués du Ministre de Marine de France; MM. les Drs Simonin et Binet-Sanglé, délégués du Ministre de la guerre de France; MM. Velghe et Voituron, délégués du Ministre de l'intérieur de Belgique; M. de Latour, délégué du Ministre de la Justice de Belgique; MM. les Drs Van Campenhout et Carré, délégués du Ministre des colonies de Belgique, etc., etc.

Les congressistes, enchantés de se rencontrer avant le début des travaux et mis en bonne humeur par d'agréables rafraîchisements servis au son de valses tziganes entraînantes, assistèrent ensuite à l'audition des dernières créations du chansonnier Marcel Lefèvre qui, à l'occasion du Congrès, avait composé une œuvre de circonstance.

Excursion à Gheel.

Le mercredi 3 août, les congressistes se rendirent, en train spécial, à Gheel ou ils furent reçus par le médecin-directeur, le Dr Meeus, aidé de ses adjoints.

Les excursionnistes, divisés en groupes, visitèrent les logements des aliénés, l'infirmerie, l'église si intéressante ou existent des souvenirs rappelant l'origine de la Colonie, lorsqu'il y a dix siècles, Sainte-Dymphne exorcisait les démoniaques.

A 13 heures, un déjeuner plantureux offert par la colonie, réunit les 200 congressistes. Au dessert le Président français, M. Klippel, prend la parole.

Mesdames, Messieurs,

En quittant Bruxelles ce matin pour venir à Gheel, nous avons emporté le souvenir ineffaçable du haut patronage que le roi Albert a bien voulu accorder à notre Congrès.

Il est juste, à notre première réunion hors de la capitale, de lever tout d'abord notre verre à S. M. le Roi des Belges.

C'est un plaisir de louer l'amabilité de nos hôtes en la personne de M. le Dr Meeus, que nous remercions de son hospitalité si cordiale.

Notre visite à la Colonie de Gheel restera gravée parmi nos souvenirs les plus agréables et les plus instructifs.

Aussi bien, y a-t-il deux sortes de raisons pour qu'il en soit ainsi ?

Tout d'abord, c'est la charmante réception qui nous est faite, avec tant de soins empressés que nous ne saurions en être trop reconnaissants aux organisateurs de ce banquet.

Ensuite c'est que Gheel est célèbre, à juste titre, dans les annales de la médecine mentale et que les bienfaits de la colonie sont déjà plus que séculaires.

N'est-il pas vrai que les aliénistes français ont depuis quelque temps reconnu ses avantages et sont même venus, pour la plupart, y puiser un enseignement précieux.

Un des premiers, Pinel s'inspirait du village de Gheel, lorsqu'il demanda qu'une ferme fut annexée à tout asile.

En 1821, Esquirol vint ici, accompagné de Félix Voisin. Il y voit les malades en liberté, et de suite il se plaît à reconnaître que les habitants vivent au milieu d'eux dans la sécurité la plus parfaite.

En 1845, c'est Morel qui fait la même visite et dont il rend compte dans des lettres remarquables qu'il adresse à Ferrus sur son voyage en Belgique.

En 1846, c'est le tour de Brierre de Boismont.

Et puis, dans leurs rapports sur la colonie, ou dans leurs travaux, nous voyons Parchappe, Dumesnil, médecin de Quatre-Mares, Moreau de Tours, Legrand du Saulle, Jules Falret, pour ne citer que ceux-là, faire ressortir tout l'intérêt de ce village, où des aliénés vivent en famille, et qui constitue le meilleur mode d'assistance et de traitement dans les maladies mentales.

Après de tels témoignages, Gheel va devenir le modèle de tous les établissements similaires, dont ces derniers temps ont consacré l'importance et accompli le développement.

Nous souhaitons à Gheel une prospérité faite de succès toujours croissants dans le traitement et la guérison des malades.

Puis le Président belge, M. CROCQ, prononce le toast suivant :

Mesdames, Messieurs,

Notre Congrès est avant tout français; fondé il y a vingt ans, dans le beau pays qu'illustrèrent tant de psychiatres et de neurologues, ce congrès s'expatrie, pour porter au delà des frontières la lumière d'une science incomparable : la science française, si claire, si précise, que, nous Belges, nous admirons et comprenons si bien.

Pour la seconde fois, nos collègues français nous honorent de leur visite et nous apportent le fruit de leurs travaux.

Nous leur en exprimons toute notre gratitude; nous espérons qu'ils conserveront du XXe Congrès un souvenir aussi flatteur que

de son aîné ; nous formons des vœux pour que la session actuelle ne soit pas la dernière en Belgique.

C'est à ces collègues, Messieurs, que je veux boire, c'est à la France que je rends hommage ; je lève mon verre à son chef vénéré, le Président Fallières.

Je ne puis omettre non plus de rendre hommage ou gouvernement français, si dignement représenté, parmi nous, par M. Granier. Comme son prédécesseur, M. Granier a su conquérir notre estime et, je dirai, notre amitié. Grâce à une faculté d'assimilation étonnante, M. Granier nous fait oublier qu'il n'est pas médecin ; nous nous surprenons à le considérer comme une collègue, comme un ami même. C'est bien ainsi que doit être l'intermédiaire chargé de transmettre aux pouvoirs publics les vœux que nous formulons.

Je bois à l'éminent représentant de M. le Ministre de l'Intérieur de France.

M. de Latour, vous représentez ici non seulement le département de la Justice, mais encore le gouvernement belge.

Vous aussi, vous êtes le porte-parole des savants auprès des autorités. Nous rencontrons en vous un auxiliaire puissant et dévoué ; nous avons besoin de votre concours éclairé, et nous espérons pouvoir y compter longtemps encore. Certes, vous ne pouvez, pas plus que votre collègue de France, réaliser tous les desiderata que nous formulons, mais vous écoutez avec bienveillance nos requêtes. Il nous arrive de nous laisser entraîner par notre ardeur pour le bien de nos malades et de réclamer, en termes quelquefois un peu vifs, des réformes importantes. Vous avez l'esprit de ne pas nous en vouloir, et lorsque nous sommes, comme aujourd'hui, assemblés en une fête scientifique, nous vous trouvons toujours à nos côtés, soutenant nos efforts désintéressés.

Je lève mon verre au directeur général aimable, bienveillant et dévoué.

Enfin, M. le Dr Meeus, directeur de la colonie, prend la parole :

Mesdames, Messieurs et chers Confrères,

Il est peut-être très banal de le dire, et je ne puis cependant m'empêcher de vous le dire, que, pour la première fois qu'il m'échoit l'honneur de recevoir un congrès aussi nombreux et aussi distingué, je suis quelque peu, comment dirais-je, gêné et confus.

Permettez-moi tout d'abord de vous avouer combien mes collaborateurs, les médecins de la colonie et moi-même, nous sommes heureux de vous recevoir ici, non seulement parce que nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites et à la sympathie

que vous ne cessez de témoigner à notre chère institution, mais aussi parce qu'il nous est ainsi donné d'acquitter une dette de reconnaissance envers la psychiatrie française dont vous êtes ici les représentants les plus autorisés et les plus vivants.

Messieurs, j'ai reconnu parmi vous les maîtres qui illustrent en ce moment l'école française : je n'en dirai pas davantage, car il est malaisé de parler des vivants, mais vos noms m'en rappellent d'autres, tous ceux-là qui, à partir d'Esquirol et pendant tout le siècle dernier, créèrent cet admirable mouvement de recherches cliniques, amassèrent ce colossal trésor d'observations et d'études dont s'alimenta l'éducation classique de chacun de nous, et dont d'heureux plagiaires ressuscitent de temps à autre les idées, les affublant simplement d'un nom nouveau. Car, Messieurs, en relisant les publications si claires, si documentées, si méthodiques et si profondément étudiées des Morel, des Moreau de Tours, des Falret, des Baillarger, des Lasègues, des Delasiauve, des Legrand du Saulle, des Charcot, et de tant d'autres et d'excellents que j'oublie, en compulsant leurs observations cliniques si minutieuses et si heureusement choisies, en parcourant leurs discussions si courtoises et si animées pourtant, si généreuses et si empreintes d'un réel désir de vérité, on a l'impression très nette que, depuis lors, la science mentale a rabattu cent fois les mêmes chemins et ravivé jusqu'à saturation, des théories et des discussions déjà vécues. Les problèmes que nous discutons, ils s'y sont passionnés ; les vœux que nous formulons sur tous les domaines de l'assistance, ils les ont désirés.

Et c'est à vingt, trente, cinquante ans de distance, dans un pieux souvenir pour tous ces vénérés maîtres qui nous ont laissé avec leur science un juvénile enthousiasme pour la médecine mentale ; c'est en souvenir d'eux que nous sommes heureux de vous recevoir, vous, leurs dévoués élèves, les héritiers et les dignes continuateurs d'une grande école.

Mesdames et Messieurs, vous venez de voir une partie — oh ! une toute petite partie — de la colonie, et vous avez eu chacun votre impression, fugitive peut-être, incomplète assurément, mais une impression tout de même. Je ne veux pas essayer de la deviner, et encore moins de la discuter : vous êtes dans un endroit où, par essence, toutes les idées sont libres, fussent-elles les plus contradictoires et les moins agréables du monde ! Mais il y a une chose, un fait indiscutable qui doit vous avoir saisi, dont l'importance dans le traitement des aliénés est primordiale et dont le souvenir ne peut s'effacer de votre mémoire de psychiatre : à savoir la grande liberté octroyée ici généreusement, sans arrière-pensée, à des malades troublés dans leurs fonctions cérébrales.

Je ne peux pas insister aujourd'hui sur l'importance thérapeu-

tique, sociale et humanitaire de l'assistance familiale. Mais le fait que je viens de vous signaler est une leçon de choses, et j'ose espérer que, de retour chez vous et stimulé par l'exemple frappant de ce qui se pratique ici, vous ferez bénéficier vos malheureux déments d'une dose plus grande de liberté, d'une dose plus grande de vie plus humaine. Car, il faut bien l'avouer, on s'exagère le danger de pitoyables fous, et cette peur injustifiable et digne d'un autre âge, excuse aux yeux des administrations publiques, la claustration, la vie durant, d'une foule de malades inoffensifs.

Mesdames et Messieurs, au nom de nos excellents nourriciers qui ont pavoisé en votre honneur et vous ont largement ouvert leurs foyers où, depuis des siècles, ils pratiquent simplement, sans ostentation, la plus belle et la plus pénible des charités ; au nom de mes excellents confrères, les médecins de section qui se dévouent avec tant d'intelligence et d'ardeur à leurs délicates fonctions ; au nom du département de la Justice, représenté si honorablement par le très distingué directeur général de la bienfaisance, M. Delatour, je lève mon verre en l'honneur de la psychiatrie française et à la santé de tous ceux qui sont réunis ici en son nom.

Réception à l'Hôtel de Ville de Liège

Le jeudi 4 août, des congressistes se transportèrent définitivement à Liège pour tenir leurs dernières séances. Le soir, ils furent reçus à l'Hôtel de Ville par M. Kleyer, bourgmestre de Liège, qui les acceillit très aimablement et leur fit un discours des plus remarquables.

M. Klippel, au nom des Présidents, répondit en ces termes :

Monsieur le Bourgmestre,

Permettez-moi de vous remercier, au nom de notre Congrès, de votre hospitalité si cordiale et de l'intérêt que vous voulez bien prendre à nos travaux.

Nous admironns votre ville : en approchant ce matin de Liége, nous fûmes ravis de la beauté du paysage qui l'environne ; en y entrant, nous avons été frappés du travail et de l'activité qui y règnent ; en venant dans votre maison, nous sommes charmés par l'accueil le plus gracieux.

Nous retrouvons aujourd'hui chez vous l'empressement dont nous fûmes l'objet à Bruxelles et à Gheel.

De telles marques de sympathie, de tels encouragements pour les travaux que nous poursuivons, sont dignes de notre reconnaissance sincère.

Nous vous prions, Monsieur le Bourgmestre, d'agréer l'assurance de ce sentiment, ainsi que les vœux que nous formons pour la prospérité de votre ville.

Excursion dans le pays de Liège et des Ardennes

Le vendredi 5 août, les congressistes, au nombre de 125, partirent, la plupart en automobile, quelques un en chemin de fer, pour visiter le barage de la Gileppe et Spa, ou ils furent reçus par la Société des eaux balnéaires qui leur offrit une collation. Le Président de la commission souhaita la bienvenue aux excursionnistes, M. Crocq répondit au nom des Présidents du Congrès.

Après un séjour de 2 heures dans ce site admirable, des automobiles emportèrent les congressistes vers la cascade de Coo ou ils déjeunèrent. De là, ils se rendirent à Rochefort en parcourant les bords de l'Amblève, les bords de l'Ourthe, etc. Ils dinèrent et ils couchèrent à Rochefort.

Le samedi 6 août, les plus vaillants visitèrent les grottes de Rochefort de grand matin ; tous se dirigèrent ensuite vers les grottes de Han qu'ils parcoururent et qu'ils admirèrent unanimement.

Puis les automobiles emportèrent les voyageurs vers Dinant, ou ils déjeunèrent. Au dessert, M. Klippel prend la parole.

Mesdames, Messieurs,

Nous remercions les membres du Congrès qui nous ont accompagnés aux excursions de ces derniers jours et que nous avons le plaisir de voir en si grand nombre.

Mais nos louanges vont tout particulièrement aux dames qui, restées parmi nous, sont l'ornement et la grâce de nos fêtes.

Nous sommes heureux aussi de saluer plusieurs médecins étrangers représentant à notre excursion d'aujourd'hui l'Espagne, la Roumanie, la Hollande, la Suisse, etc.

Dans une réunion telle que celle-ci, c'est l'amitié qui tient le premier rang.

Je lève donc mon verre à ce lien étroit et charmant qui nous réunit à cette heure et qui est aussi le gage du succès de nos congrès dans l'avenir.

M. Crocq dit ensuite :

Mesdames, Messieurs,

Un certain nombre d'entre vous vont se séparer de nous ; qu'ils me permettent de les remercier de leur fidélité et de les féliciter d'avonir vaillamment accompli ce voyage, certes intéressant, mais un peu fatigant pour ceux qui ne sont pas habitués aux longues excursions en automobiles. Parmi ceux qui sont obligés de nous quitter se trouve notre distingué et sympathique président français, M. Klippel. Je lève mon verre à ce collègue éminent, je le remercie pour la part si active qu'il a prise à l'organisation de notre congrès dont il a su assurer le succès complet.

De Dinant, les congréssistes rentrèrent à Liége en longeant la Meuse; quelques uns visitèrent l'abbaye de Maredsou. Les plus pressés rentrèrent à Bruxelles le jour même, la plupart restèrent coucher à Liége.

Visite de l'Exposition de Bruxelles

Le dimanche 7 août et le lundi 8 août, furent consacrés à la visite de l'Exposition que les congressistes avaient déja eu l'occasion de parcourir lors de leur premier séjour à Bruxelles.

Raout à l'Hôtel de Ville

Le 7 août. à 20 1/2 heures, les congressistes furent reçus dans les splendides et historiques salons de l'hôtel de Ville de Bruxelles.

Excursion en Flandre

Le mardi 9 août, les congressistes au nombre de 90 environ, partirent pour les Flandres; ils visitèrent Gand, déjeunèrent à Ypres ou ils furent admirablement reçus par le Dr Beesau qui leur fit admirer les souvenirs historiques de sa ville et terminèrent leur journée à Bruges. ou ils purent faire le soir une promenade des plus émotionnantes le long des canaux antiques de la ville morte.

Le mercredi 10 août, ils visitèrent Bruges et ses richesses picturales et architecturales. Puis ils se rendirent à Ostende ou ils logèrent après avoir assisté à la soirée du Casino.

Le jeudi 11 août, ils parcoururent le littoral belge : La Panne, Nieuport, Middelkerke, Westende et assistèrent de nouveau à la soirée du Casino d'Ostende.

Excursion en Hollande

Le vendredi 12 août, les congressistes visitèrent Blanckenberghe et partirent pour Flessinghe ou ils déjeunèrent. L'après midi ils se rendirent à Rotterdam ou ils dinèrent et couchèrent.

Le samedi 13 août fut consacré à la visite de l'asile nouveau de Maasoord, ou ils furent reçus d'une manière charmante par la commission administrative ; un succulent déjeuner leur fut offert. Au dessert M. Croockewit, président de la commission, lève son verre à S. M. le roi Albert et au président Fallières; il souhaite la bienvenue aux congressistes qu'il remercie au nom de la Commission et au nom de la Municipalité qui a bien voulu offrir un vapeur pour reconduire les excursionnistes à Rotterdam et leur faire visiter le port en détail. La Commission espère que les congressistes emporteront, de leur visite à l'asile, un souvenir favorable. M. Croockewit remercie pour l'aimable accueil qu'il a reçu à Liége et exprime le désir que les liens d'amitiés créés par ce congrès se maintiendront longtemps. Il termine en souhaitant la prospérité du Congrès et en levant son verre au Président, le Dr Crocq ainsi qu'à tous les membres indivuellement.

M. Crocq répond :

Mesdames, Messieurs,

Je lève mon verre à la Hollande et à sa gracieuse Souveraine, la reine Wilhelmine. Je rends hommage à ce pays de poésie et de travail dont le charme et l'activité nous ont saisi dès les premiers moments.

Monsieur le Président,

Nous sommes émerveillés de ce que nous venons de voir : votre asile paraît être la perfection même et je cherche vainement quel reproche on pourrait lui faire. La Hollande est depuis longtemps à la tête du mouvement humanitaire et social qui a pour but l'amélioration du sort des aliénés ; en réalisant l'asile de Maasoord, votre nation a fait un pas de plus dans cette voie. Nous savons tous, Monsieur Crockewit, que cet asile est votre œuvre et nous vous en félicitons vivement. Tout y est si bien conçu, tout est si bien agencé et prévu, tout est en même temps si parfait et si simple, que l'on est étonné que tous établissements analogues ne soient pas compris de la même façon. Maasoord est un modèle ; c'est l'asile idéal où nous devons puiser les inspirations de l'avenir.

Mesdames et Messieurs, je lève mon verre au président Croockewil, qui fut l'inspirateur de cette perfection.

Les congressistes revinrent à Rotterdam en bateau, excursion charmante offerte par la Municipalité de Rotterdam.

Les congressistes se rendirent ensuite à Scheveninghen, la plage à la mode, distante de 5 kilomètres de La Haye. Le dimanche, 14 août, fut consacré à la visite des musées si intéressants de La Haye.

Le lundi 15 août, les excursionnistes visitèrent l'asile de Meremberg, intéressant mais un peu surannée et l'asile de Castricum, nouveau et bien conçu. L'étape se termina à Amsterdam, ou les congressistes restèrent jusqu'au jeudi 18 août.

Le mardi 16 août, fut bien rempli par la visite de la ville d'Amsterdam et de ses musées. Le mercredi 17 août, eut lieu une excursion des plus intéressantes à l'île de Marken et aux villes mortes du Zuiderzée ; les congressistes, encore tout inbus des senteurs poétiques de cette journée admirable, se réuirent en un banquet final organisé en l'honneur du Président, M. Crocq, auquel ils firent l'agréable surprise d'une magnifique boîte à cigarettes en viel argent hollandais, ciselée de sujets anciens. L'aimable M[me] Charron fut chargée de remettre l'écrin à M. Crocq et M. Régis s'exprima comme suit :

Mon cher Président,

Que ce témoignage de gratitude soit pour vous l'expression de notre reconnaissance à tous : depuis quinze jours, vous êtes sur la

brèche; grâce à vous, nous avons réalisé des excursions admirables, nous avons parcouru la Belgique et la Hollande dans des conditions exceptionnelles. Vous savez, mon cher Président, combien profonds sont pour vous mes sentiments d'amitié et d'estime. Permettez-moi de me joindre à ces dames et à mes collègues et de vous remercier bien sincèrement. Je lève mon verre au vaillant Président.

M. Crocq répond :

Mesdames, Messieurs,

Vous me voyez tout ému et peu apte à vous exprimer mes sentiments de profonde reconnaissance. Je ne m'attendais pas à une manifestation aussi imposante et j'étais loin de me douter de la surprise, réellement trop belle, que vous me ménagiez. J'ai fait pour le Congrès tout ce que j'ai pu; j'aurais voulu et j'aurais dû faire davantage. Je ne mérite certes pas des remerciements aussi chaleureux, mais, bien que non méritée, cette délicate attention me touche profondément et laissera dans mon esprit un souvenir ineffaçable.

Mon cher Maître,

Permettez-moi de vous remercier bien vivement pour les paroles si réconfortantes que vous avez prononcées; je les retiendrai, elles resteront gravées dans mon âme comme le document le plus précieux de ce Congrès.

Tous nous vous sommes reconnaissants, mon cher Maître, d'avoir bien voulu nous accompagner jusqu'au bout et d'avoir dignement représenté la France. Nous remercions votre vaillante compagne, Mme Régis, qui n'a pas un instant failli au cours de nos fatigantes journées.

Mesdames, Messieurs, je lève mon verre à Mme et au professeur Régis.

M. le Dr Voivenel (de Toulouse) lit les compositions poétiques que lui a inspirées le Congrès.

C'était un Congrès... d'Aliénistes

Sur l'air de :
Un jeune homme vient de se pendre.

Un congrès vient de s'entendre
A Bruxelles, au mois d'août,
Afin de visiter la Flandre

Et de s'empiffrer au raout.
On entassa dans la mairie
Des présidents, des assesseurs,
Des costauds de la psychiatrie,
Des costauds de la psychiatrie } *bis*
Le petit frère avec sa sœur }

Le roi fit à la République
Un Crocq... en jambes facétieux,
Et Klippel, donnant la réplique,
Lança des tas de : nom de D...
On s'occupa de médecine
... En allant voir l'Exposition
Et l'on écouta la musique } *bis*
Pour adoucir les discussions }

Crocq nous vanta sa bonne bière
Et Régis, le vin de Bordeaux ;
Mais Grœtzner et Ley, en colère,
Nous jetèrent... des seaux d'eau.
Puis on partit pour les Ardennes,
Soit en auto, soit par le train,
Et l'on fit des calembredaines } *bis*
... En crevant le long du chemin. }

Mais, hélas! quelle déveine,
En arrivant à Rochefort,
Madame Arnaud vit avec peine
Une punaise partager son sort.
As-tu vu la punaise, la punaise!
As-tu vu la punaise de Madame Arnaud!

Le lendemain on fut *grotesque*
Dans les grottes on défila
Et certain, chose pittoresque,
Dans la nuit captura le chat.
Aussitôt, de Bourg en France,
Nous arriva l'ami Jacquin,
Qui prend les cabinets d'ais... de lecture, } *bis.*
Pour des lieux... où l'on dort bien. }

Sur le matin, il fut d'urgence
Se jeter dans les flots gris.
Mais il dut à sa prestance
D'être happé par des houris.
« N'insistez pas, filles trop tendres,
S'écria-t-il, d'un air grognon.
Car il ne faut rien attendre } *bis.*
D'un psychiatre de renom. » }

Puis le Congrès, perdant des membres,
Clopin, clopant, fila toujours,
De Hollande dans les Méandres,
... *Petit Père* gueulant toujours.
On s'en alla, fort mal à l'aise,
Comme des canards, vers les canaux.
Et pour plaire à sa Hollandaise, } *bis.*
Jacquin acheta de petits sabots. }

De Masoor on vit l'asile;
On s'esclaffa, on s'esbaudit,
On écouta tous à la file,
Vos populi et *Vos* dei.
On vit des « agités tranquilles »,
Des fous d'ici... quelques Français,
Un petit train, dit Decauville, } *bis.*
Des courants d'air... tous hollandais. }

Le président de notre bande,
En courant, se fit des cheveux
Qu'un coup de pinceau... du *van d'Osta (n) de*
Fit bientôt voler quelque peu.
On dit pourtant qu'ils refermèrent
Sur le chapeau du docteur Crocq
Quelques plumes, tutu, lanlaire, } *bis.*
... Une belle plume de coq. }

A La Haye, devant les Ostade,
Les Jean Steen et les Brouwer,
Régis dit... sans galéjade,
Que pour vivre... faut tuer le ver;
Charon clignant sa nictitante
Sur l'Anatomie de Rembrandt :
« Je vois pourquoi on l' vante, } *bis.*
Il a les genoux en dedans. » }

Olivier se rougit la bòbine
Devant les cinq Molenaër :
« J'aime leur gueule purpurine,
... Cela excuse un peu mon air. »
« Car, prétend-il, nulle tulipe
N'a jamais eu aussi bon teint,
Eut-elle mis — non d'une pipe — } *bis.*
Dans son bulbe un peu d'eau du R (e) hin. }

Père Martinez, à Scheveningue,
Cherche un pédicure partout
Afin de suivre le « meeteinje »
... Et d'acheter... un peu de tout.
« Car, Caramba! pour que jé porte
Facilement mon corps à pied,
Il ne me faut — diable m'emporte — } *bis.*
Aucunement des cors aux pieds. » }

A Leyde, on vit une bouteille,
Rapidement, Hals à Harlem,
On sua... que s'en fut merveille.
Même on faillit rater le train.
Amsterdam montra les requinjes
De l'Aquarium... et ses canaux
Où, depuis ça Scheve... schlingue, }
.... } *bis.*
Marius a craché dans les eaux. }

Cahuzac coupa en route
Quelques fromages hollandais,
Afin d'en exposer la croûte
Au salon des peintres français.
....
Hier soir, pendant la Conférence,
La petite senorita,
Préférant autrement la danse } *bis.*
A Krasnapolski... polska. }

On dit adieu à la Belgique
Avant de rentrer au pays,
Chacun portant d'un air pudique
Un tout petit Manneken-Pis.
Puis, afin de mieux connaître
Les *Manons... de l'Escaut* pervers,
On courut — Crocq étant le maître — } *bis.*
Voir les femmes à l'*Anvers.* }

Ainsi se termina l'aimable
Congrès... qui s'était bien tenu,
A Bruxelles.. et surtout à table,
Dans les pays qu'il parcourut.

....

Nous garderons dans la mémoire
Joyeusement les jours vécus,
Et compterons après la gloire } *bis.*
Très peu d'argent... beaucoup de reçus. }

Paul VOIVENEL.
Amsterdam, 17 août 1910.

Chanson triste

Air :
A qui sait aimer
Les heures sont roses !

Cet insecte ailé
Qu'on nomme « éphémère »
Et qui meurt toujours d'avoir trop aimé,
C'est notre Congrès que la science élève
Et qui ne s'achève
Qu'après avoir semé.

C'est dans le soleil
De l'intelligence
Qu'il diapra ses ailes et devint vermeil,
Notre cher Congrès des pays de France.
C'est l'intelligence
Qu'il prit pour soleil.

Il aura jeté
Du bout de ses ailes,
Entre trois pays, beaucoup d'amitié.
Et de l'avoir vu, nous serons fidèles,
Frêles hirondelles
Dont il est l'été.

Il vous eut pour fleurs,
Vous toutes, mesdames,
Mirant dans vos yeux, ses grises couleurs
Et prenant ainsi l'éclat de la flamme
Qui vient de votre âme,
O charmantes fleurs !

P. VOIVENEL.
17 août 1910.

Le jeudi 18 août, les congressistes quittèrent définitivement Amsterdam et la Hollande ; il arrivèrent à Anvers ou le Dr Sano leur fit les honneurs de sa ville navale.

Un déjeuner leur fut offert par M. Crocq, sur une terrasse surplombant l'Escaut : le temps était admirable, le panorama imposant et magnifique.

Au dessert, M. Crocq, prend la parole :

Mesdames, Messieurs,

Notre Congrès, essentiellement français, meurt en Français, c'est-à-dire héroïquement et gaiement. La séparation définitive approche et je vous avouerai que, n'étant pas Français, j'éprouve un certain regret à voir arriver le moment fatal. Je vous remercie une dernière fois; je conserverai de ces deux semaines un souvenir inoubliable. je bois à vous tous; je bois à mon maître, à votre maître à tous, qui vous est cher comme à moi, à M. le Professeur Regis; je bois à sa compagne fidèle et dévouée, vaillante entre toutes, à Mme Régis, digne épouse du maître.

Encore une fois, Mesdames, Messieurs, merci, merci.

M. Régis, répond en ces termes :

Mon cher Président,

Il est bien vrai que notre Congrès se termine dans des conditions exceptionnelles; vous nous avez fait la surprise de nous inviter dans ce site splendide, c'est là une dernière attention à laquelle nous sommes très sensibles et pour laquelle nous vous remercions bien sincèrement. Cette dernière journée nous laisse une impression profonde et termine dignement notre session : grâce à M. le Dr Sano, nous allons parcourir cette belle cité qui nous émerveille déjà. Mme et Mlle Crocq nous ont fait la surprise de venir nous rejoindre, attention délicate qui nous fait le plus grand plaisir.

Je lève mon verre à ces dames, à notre cher Président, à M. le Dr Sano.

Après le déjeuner, les congressistes, sous la direction de M. Sano, parcourent les musées et rentrèrent à Bruxelles où se produisit la dislocation définitive.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉLIMINAIRES

COMPTES RENDUS DES SÉANCES

SÉANCE D'OUVERTURE

PREMIÈRE PARTIE

RAPPORTS

Communications relatives à la Maladie du Sommeil

Communications relatives aux Narcolepsies

Discussion du rapport de M. Félix ROSE (de Paris) : **La systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses.**

Discussion du rapport de M. Fritz SANO (d'Anvers) : **La systématisation des lésions cutanées dans les maladies mentales et nerveuses.**

Discussion du rapport de MM. Aug. LEY (de Bruxelles) et CHARPENTIER (de Paris) : **Alcoolisme et Criminalité.**

Communications relatives à l'Alcoolisme

DEUXIÈME PARTIE

COMMUNICATIONS

Neurologie anatomique

Neurologie clinique

Neurologie thérapeutique

Psychiatrie

Psychologie

Médecine légale

TROISIÈME PARTIE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

ERRATUM

A la page 8, les quatre délégués ont été erronément attribués au Ministère de l'Intérieur de France ; MM. *Granier* et *Roubinovitch* ont seuls été désignés par ce département.

MM. les Drs *Bertrand* et *Roux-Freissineng* ont été délégués par le MINISTÈRE DE LA MARINE DE FRANCE.